Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2021-04-16

# Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2021-05-01

## 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1 | 8-Methoxypsoralenum | Oxsoralen, kaps. miękkie, 10 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990244713 | 2019-01-01 | 3 lata | 52.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - psoraleny - metoksalen | 12,74 | 17,56 | 17,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,27 |
| 2 | Acarbosum | Adeksa, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990893423 | 2019-05-01 | 3 lata | 17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza | 13,28 | 18,23 | 18,23 | Cukrzyca | | 30% | 5,47 |
| 3 | Acarbosum | Adeksa, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990893386 | 2019-05-01 | 3 lata | 17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza | 7,45 | 10,41 | 9,12 | Cukrzyca | | 30% | 4,03 |
| 4 | Acarbosum | Glucobay 100, tabl., 100 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990285518 | 2019-01-01 | 3 lata | 17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza | 13,28 | 18,23 | 18,23 | Cukrzyca | | 30% | 5,47 |
| 5 | Acarbosum | Glucobay 50, tabl., 50 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990285419 | 2019-01-01 | 3 lata | 17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza | 7,45 | 10,41 | 9,12 | Cukrzyca | | 30% | 4,03 |
| 6 | Acarbosum | Glucobay 50, tabl., 50 mg | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 05909990335541 | 2019-01-01 | 3 lata | 17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza | 22,36 | 29,12 | 27,35 | Cukrzyca | | 30% | 9,98 |
| 7 | Acebutololi hydrochloridum | Acebutolol Aurovitas, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909991370916 | 2020-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,18 | 8,30 | 5,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,68 |
| 8 | Acebutololi hydrochloridum | Acebutolol Aurovitas, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909991370954 | 2020-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,38 | 16,22 | 11,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,78 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 9 | Acebutololum | Sectral 200, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990109920 | 2019-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,86 | 11,11 | 5,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,49 |
| 10 | Acebutololum | Sectral 400, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990110018 | 2019-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 16,52 | 20,56 | 11,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,12 |
| 11 | Acenocoumarolum | Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909990055715 | 2019-01-01 | 3 lata | 21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K | 8,32 | 11,86 | 11,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,12 |
| 12 | Aciclovirum | Hascovir, tabl., 200 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909991049515 | 2019-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 9,72 | 13,75 | 12,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,58 |
| 13 | Aciclovirum | Hascovir, tabl., 400 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909991052218 | 2019-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 16,20 | 22,57 | 22,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,29 |
| 14 | Aciclovirum | Hascovir, tabl., 800 mg | 30 szt. | 05909990835782 | 2019-05-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 32,40 | 42,60 | 42,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,30 |
| 15 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990840014 | 2019-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 11,52 | 15,64 | 12,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,47 |
| 16 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990840113 | 2019-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 21,03 | 27,64 | 24,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,29 |
| 17 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powl., 800 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990840229 | 2019-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 38,87 | 49,39 | 49,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,70 |
| 18 | Acidum alendronicum | Alendran 70, tabl., 70 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990072156 | 2019-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 8,38 | 11,93 | 11,90 | Osteoporoza | | 30% | 3,60 |
| 19 | Acidum alendronicum | Alendrogen, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909990623112 | 2019-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 6,59 | 10,05 | 10,05 | Osteoporoza | | 30% | 3,02 |
| 20 | Acidum alendronicum | Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909990737673 | 2019-09-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 5,40 | 8,80 | 8,80 | Osteoporoza | | 30% | 2,64 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 21 | Acidum alendronicum | Alendronic Acid Genoptim, tabl., 70 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990675302 | 2019-07-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 5,94 | 9,37 | 9,37 | Osteoporoza | | 30% | 2,81 |
| 22 | Acidum alendronicum | Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909991081713 | 2019-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 8,46 | 12,01 | 11,90 | Osteoporoza | | 30% | 3,68 |
| 23 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, tabl., 70 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909991087418 | 2019-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 8,59 | 12,15 | 11,90 | Osteoporoza | | 30% | 3,82 |
| 24 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, tabl., 70 mg | 6 szt. (1 blist.po 6 szt.) | 05909991087425 | 2019-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 12,91 | 17,69 | 17,69 | Osteoporoza | | 30% | 5,31 |
| 25 | Acidum alendronicum | Ostolek, tabl. powl., 70 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909991032517 | 2019-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 8,35 | 11,90 | 11,90 | Osteoporoza | | 30% | 3,57 |
| 26 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990109319 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy | 4,00 | 5,88 | 5,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem | ryczałt | 5,88 |
| 27 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990109210 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy | 2,81 | 3,51 | 1,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem | ryczałt | 3,51 |
| 28 | Acidum mycophenolicum | Marelim, tabletki dojelitowe, 180 mg | 120 tabl. | 05909991227272 | 2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 98,28 | 115,65 | 92,96 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 25,89 |
| 29 | Acidum mycophenolicum | Marelim, tabletki dojelitowe, 360 mg | 120 tabl. | 05909991227319 | 2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 206,28 | 233,05 | 185,93 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 50,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 30 | Acidum tranexamicum | Exacyl, roztwór doustny, 1 g/10 ml | 5 amp.po 10 ml | 05909990036011 | 2019-01-01 | 3 lata | 24.3, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania doustnego - postacie płynne | 10,09 | 14,21 | 14,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,11 |
| 31 | Acidum tranexamicum | Exacyl, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990035915 | 2019-01-01 | 3 lata | 24.2, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania doustnego - postacie stałe | 10,80 | 15,11 | 15,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,56 |
| 32 | Acidum ursodeoxycholicum | Proursan, kaps., 250 mg | 90 szt. | 05909991203924 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 80,89 | 95,76 | 77,26 | Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 41,68 |
| 33 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursocam, tabl., 250 mg | 100 szt. | 05909990414741 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 75,60 | 90,91 | 85,84 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 30,82 |
| 34 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursocam, tabl., 250 mg | 90 szt. | 05909991314675 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 68,04 | 82,27 | 77,26 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 28,19 |
| 35 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursopol, kaps. twarde, 300 mg | 50 szt. | 05909990798223 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 39,96 | 50,68 | 50,68 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 15,20 |
| 36 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909991325794 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 66,96 | 81,84 | 81,84 | Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 24,55 |
| 37 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg | 50 szt. | 05909991325770 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 33,48 | 42,92 | 42,92 | Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 12,88 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 38 | Acidum valproicum | Convulex, kaps. miękkie, 500 mg | 100 szt. | 05909990023813 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 34,78 | 44,49 | 44,49 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,56 |
| 39 | Acidum valproicum | Convulex, kaps. miękkie, 500 mg | 100 szt. | 05909990023813 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 34,78 | 44,49 | 44,49 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 40 | Acidum valproicum | Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg | 100 szt. | 05909990244317 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 14,04 | 18,43 | 13,35 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 8,28 |
| 41 | Acidum valproicum | Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg | 100 szt. | 05909990244317 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 14,04 | 18,43 | 13,35 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 5,08 |
| 42 | Acidum valproicum | Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg | 100 szt. | 05909990244416 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 20,94 | 27,78 | 26,69 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 4,29 |
| 43 | Acidum valproicum | Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg | 100 szt. | 05909990244416 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 20,94 | 27,78 | 26,69 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,09 |
| 44 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg | 30 szt. (blist.) | 05909990694327 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 12,26 | 16,49 | 13,64 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 6,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 45 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg | 30 szt. (blist.) | 05909990694327 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 12,26 | 16,49 | 13,64 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 2,85 |
| 46 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. | 05909991210328 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,61 | 21,43 | 21,43 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 47 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. | 05909991210328 | 2019-05-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,61 | 21,43 | 21,43 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 48 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. | 05909991229610 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,93 | 21,77 | 21,77 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 49 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. | 05909991229610 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,93 | 21,77 | 21,77 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 50 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. (blist.) | 05909990694426 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 16,85 | 22,73 | 22,73 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 51 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. (blist.) | 05909990694426 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 16,85 | 22,73 | 22,73 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 52 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg | 30 sasz.po 303 mg | 05909990425693 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 5,02 | 6,69 | 4,55 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 5,34 |
| 53 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg | 30 sasz.po 303 mg | 05909990425693 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 5,02 | 6,69 | 4,55 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 2,14 |
| 54 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg | 30 sasz.po 3030 mg | 05909990425754 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 42,23 | 52,15 | 45,46 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 9,89 |
| 55 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg | 30 sasz.po 3030 mg | 05909990425754 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 42,23 | 52,15 | 45,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 6,69 |
| 56 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg | 30 sasz.po 758 mg | 05909990425709 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 12,56 | 16,34 | 11,37 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 8,17 |
| 57 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg | 30 sasz.po 758 mg | 05909990425709 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 12,56 | 16,34 | 11,37 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,97 |
| 58 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg | 30 sasz.po 1515 mg | 05909990425730 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 21,11 | 27,21 | 22,73 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 7,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 59 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg | 30 sasz.po 1515 mg | 05909990425730 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 21,11 | 27,21 | 22,73 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,48 |
| 60 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg | 30 sasz.po 2273 mg | 05909990425747 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 31,59 | 39,65 | 34,10 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 8,75 |
| 61 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg | 30 sasz.po 2273 mg | 05909990425747 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 31,59 | 39,65 | 34,10 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 5,55 |
| 62 | Acidum valproicum + Natrii valproas | ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990619658 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 9,40 | 13,49 | 13,49 | <1>Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 63 | Acidum valproicum + Natrii valproas | ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990619658 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 9,40 | 13,49 | 13,49 | <2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 64 | Acidum valproicum + Natrii valproas | ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990619672 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,93 | 21,77 | 21,77 | <1>Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 65 | Acidum valproicum + Natrii valproas | ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990619672 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,93 | 21,77 | 21,77 | <2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 66 | Acidum zoledronicum | Desinobon, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991009250 | 2018-07-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 97,20 | 115,38 | 101,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 16,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 67 | Acidum zoledronicum | Fayton, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991078577 | 2018-07-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 91,80 | 109,71 | 101,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,98 |
| 68 | Acidum zoledronicum | Fayton, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991016197 | 2018-07-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 91,80 | 109,71 | 101,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,98 |
| 69 | Acidum zoledronicum | Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991228392 | 2021-05-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 91,80 | 109,71 | 101,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,98 |
| 70 | Acidum zoledronicum | Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 worek po 100 ml | 05909991103163 | 2020-09-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 94,82 | 112,89 | 101,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,16 |
| 71 | Acidum zoledronicum | Zoledronic acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol. (5 ml) | 05055565711958 | 2019-01-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 83,16 | 100,64 | 100,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 72 | Acidum zoledronicum | Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990975730 | 2021-05-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 83,16 | 100,64 | 100,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 73 | Acidum zoledronicum | Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 4 fiol. (5 ml) | 05909990975747 | 2018-07-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 367,20 | 407,70 | 407,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 74 | Acidum zoledronicum | Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990948994 | 2018-07-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 95,04 | 113,11 | 101,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,38 |
| 75 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 100 szt. | 05909990907755 | 2019-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 138,24 | 160,91 | 160,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 76 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990907731 | 2019-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 43,20 | 54,21 | 49,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,29 |
| 77 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 100 szt. | 05909990907786 | 2019-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 345,60 | 384,45 | 384,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,62 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 78 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 30 szt. | 05909990907762 | 2019-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 103,68 | 122,80 | 122,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 79 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 100 szt. | 05909990697021 | 2019-01-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 139,32 | 162,05 | 162,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 80 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 30 szt. | 05909990854462 | 2018-01-01 | 5 lat | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 43,20 | 54,21 | 49,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,29 |
| 81 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 25 mg | 100 szt. | 05909990696925 | 2019-01-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 348,30 | 387,29 | 387,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,62 |
| 82 | Adrenalinum | Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909991069711 | 2019-07-01 | 3 lata | 32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego | 44,28 | 55,64 | 55,64 | Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej | | 50% | 27,82 |
| 83 | Adrenalinum | Adrenalina WZF 0,1%, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990182510 | 2019-01-01 | 3 lata | 32.0, Leki pobudzające czynność serca - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego | 14,15 | 19,33 | 19,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 84 | Agomelatinum | Agolek, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991388768 | 2019-07-01 | 2 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 51,84 | 64,12 | 61,55 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 21,04 |
| 85 | Agomelatinum | Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05901720140494 | 2019-07-01 | 2 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 52,92 | 65,63 | 65,63 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,69 |
| 86 | Agomelatinum | Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg | 90 szt. | 05901720140418 | 2020-09-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 157,68 | 182,23 | 182,23 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 54,67 |
| 87 | Agomelatinum | Agomelatine Adamed, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991387266 | 2019-07-01 | 2 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 52,92 | 65,26 | 61,55 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 22,18 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 88 | Agomelatinum | Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 09008732009293 | 2020-03-01 | 2 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 48,60 | 60,72 | 60,72 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 18,22 |
| 89 | Agomelatinum | Agomelatine NeuroPharma, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991395018 | 2019-07-01 | 2 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 51,84 | 64,12 | 61,55 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 21,04 |
| 90 | Agomelatinum | Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05995327174952 | 2019-09-01 | 2 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 51,30 | 63,56 | 61,55 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 20,48 |
| 91 | Agomelatinum | Lamegom, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 03838989699352 | 2021-05-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 49,39 | 61,55 | 61,55 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 18,47 |
| 92 | Agomelatinum | Sedival, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991419172 | 2020-09-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 49,68 | 61,85 | 61,55 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 18,77 |
| 93 | Agomelatinum | Symago, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991391423 | 2019-07-01 | 2 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 50,76 | 62,99 | 61,55 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,91 |
| 94 | 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.1, Alergeny kurzu domowego | 357,39 | 397,14 | 397,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,41 |
| 95 | Alergeny pyłków roślin | Allergovit, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie B - 10000 TU/ml | 1 fiol.po 3 ml (stężenie B) + 10 strz. + 10 igieł | 05909990001323 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego | 285,00 | 317,38 | 243,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 77,24 |
| 96 | Alergeny pyłków roślin | Allergovit, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: A - 1000 TU/ml; B- 10000 TU/ml | 2 fiol.po 3 ml (stężenie A i B) + 10 strz. + 10 igieł | 05909990001316 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego | 289,58 | 322,19 | 243,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 82,05 |
| 97 | Alergeny pyłków roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml | 1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975310 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego | 214,49 | 243,34 | 243,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 98 | Alergeny pyłków roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml | 1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975419 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego | 214,49 | 243,34 | 243,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 99 | Alfacalcidolum | Alfadiol, kaps. miękkie, 0.25 µg | 100 szt. (2 blist.po 50 szt.) | 05909990296828 | 2019-01-01 | 3 lata | 18.1, Witamina D i jej analogi - alfakalcydol | 8,53 | 10,44 | 4,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 100 | Alfacalcidolum | Alfadiol, kaps. miękkie, 1 µg | 100 szt. (2 blist.po 50 szt.) | 05909990296927 | 2019-01-01 | 3 lata | 18.1, Witamina D i jej analogi - alfakalcydol | 14,04 | 19,19 | 19,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,67 |
| 101 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991288457 | 2020-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,85 | 18,76 | 18,76 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 102 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991392055 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,91 | 18,83 | 18,83 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 103 | Alfuzosinum | Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990746576 | 2019-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,14 | 24,32 | 24,32 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 104 | Alfuzosinum | Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991291945 | 2017-03-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,50 | 19,45 | 19,45 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 105 | Alfuzosinum | Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990619580 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,71 | 25,97 | 24,64 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 5,60 |
| 106 | Alfuzosinum | Alugen 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909990037933 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,39 | 25,63 | 24,64 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 5,26 |
| 107 | Alfuzosinum | Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 20 szt. | 05909990812714 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,17 | 12,02 | 8,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,01 |
| 108 | Alfuzosinum | Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909990837816 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 28,94 | 35,66 | 24,64 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 15,29 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 109 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 100 mg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990109418 | 2019-01-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 5,72 | 8,35 | 8,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 110 | Allopurinolum | Allupol, tabletki, 300 mg | 30 tabl. | 05909991316228 | 2017-07-01 | 5 lat | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 10,58 | 14,83 | 14,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 111 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 100 mg | 100 szt. | 05907626706529 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 11,02 | 15,54 | 15,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 112 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05907626706505 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 5,51 | 8,14 | 8,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 113 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 300 mg | 100 szt. | 05907626706628 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 33,05 | 42,75 | 42,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,00 |
| 114 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 300 mg | 30 szt | 05907626706604 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 9,91 | 14,13 | 14,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 115 | Allopurinolum | Milurit, tabl., 100 mg | 50 szt. (1 opak.po 50 szt.) | 05909990163212 | 2019-01-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 5,88 | 8,52 | 8,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 116 | Allopurinolum | Milurit, tabl., 300 mg | 30 szt. (1 opak.po 30 szt.) | 05909990414819 | 2019-01-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 10,69 | 14,94 | 14,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 117 | Amantadinum | Viregyt-K, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990320912 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna | 14,90 | 20,28 | 20,28 | Choroba i zespół Parkinsona | dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie | 30% | 6,08 |
| 118 | Ambenonium | Mytelase, tabl., 10 mg | 50 szt | 05909990030927 | 2019-01-01 | 3 lata | 189.0, Leki parasympatykomimetyczne - ambemonium | 15,07 | 20,48 | 20,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,14 |
| 119 | Amiloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid, tabl., 5+50 mg | 50 tabl. | 05909990206025 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 5,59 | 8,59 | 8,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna | 30% | 2,58 |
| 120 | Amiloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg | 50 tabl. | 05909990373819 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 5,19 | 6,92 | 5,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna | 30% | 3,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 121 | Amiodaronum | Opacorden, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990086818 | 2019-01-01 | 3 lata | 31.0, Leki przeciwarytmiczne klasy III - amiodaron | 17,63 | 23,71 | 23,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,40 |
| 122 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991412876 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 23,33 | 30,74 | 28,23 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,71 |
| 123 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991412883 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 46,66 | 58,46 | 56,47 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,19 |
| 124 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991412906 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 93,31 | 111,45 | 111,45 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 125 | Amisulpridum | Amisan, tabl., 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990762965 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 44,17 | 55,85 | 55,85 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 126 | Amisulpridum | Amisan, tabl., 400 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990762996 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 94,72 | 112,93 | 112,93 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 127 | Amisulpridum | Amisan, tabl., 400 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990763009 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 192,13 | 219,21 | 219,21 | Schizofrenia | | ryczałt | 6,40 |
| 128 | Amisulpridum | Amisan , tabl., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990762972 | 2018-09-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 94,72 | 112,93 | 112,93 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 129 | Amisulpridum | Amisan , tabl., 50 mg | 60 szt. (5 blist.po 12) | 05909990762880 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 23,76 | 31,18 | 28,23 | Schizofrenia | | ryczałt | 6,15 |
| 130 | Amisulpridum | ApoSuprid, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991348557 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 46,76 | 58,57 | 56,47 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,30 |
| 131 | Amisulpridum | ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909991348649 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 93,53 | 111,69 | 111,69 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 132 | Amisulpridum | Solian, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990840816 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 23,76 | 31,18 | 28,23 | Schizofrenia | | ryczałt | 6,15 |
| 133 | Amisulpridum | Solian, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909990840915 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 47,52 | 59,37 | 56,47 | Schizofrenia | | ryczałt | 6,10 |
| 134 | Amisulpridum | Solian, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990841011 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 95,04 | 113,26 | 112,93 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,53 |
| 135 | Amisulpridum | Symamis, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991410773 | 2020-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 46,71 | 58,52 | 56,47 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,25 |
| 136 | Amisulpridum | Symamis, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991410803 | 2020-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 93,42 | 111,56 | 111,56 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 137 | Amitriptilinum | Amitriptylinum VP, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. (2 blist.po 30 szt.) | 05909991049010 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 5,94 | 6,62 | 1,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | neuralgia; ból neuropatyczny | 30% | 5,76 |
| 138 | Amitriptilinum | Amitriptylinum VP, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. (2 blist.po 30 szt.) | 05909991049010 | 2019-01-01 | 3 lata | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 5,94 | 6,62 | 1,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 5,39 |
| 139 | Amitriptilinum | Amitriptylinum VP, tabl. powl., 25 mg | 60 szt. (2 blist.po 30 szt.) | 05909991048914 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 9,72 | 11,17 | 3,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | neuralgia; ból neuropatyczny | 30% | 9,01 |
| 140 | Amitriptilinum | Amitriptylinum VP, tabl. powl., 25 mg | 60 szt. (2 blist.po 30 szt.) | 05909991048914 | 2019-01-01 | 3 lata | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 9,72 | 11,17 | 3,09 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 8,08 |
| 141 | Amlodipini besilas | Amlodipine Aurovitas, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991322885 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,94 | 9,89 | 9,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,97 |
| 142 | Amlodipini besilas | Amlodipine Aurovitas, tabl., 5 mg | 30 tabl. | 05909991322816 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,02 | 5,29 | 5,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,59 |
| 143 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990642267 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,62 | 12,70 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,81 |
| 144 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990642311 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,12 | 7,49 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,25 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 145 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991230845 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,29 | 11,30 | 11,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,39 |
| 146 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991226909 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,95 | 12,00 | 12,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,60 |
| 147 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.) | 05909991099022 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,89 | 15,08 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,59 |
| 148 | Amlodipinum | Agen 10, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 05909991302184 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,94 | 11,99 | 11,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,60 |
| 149 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991226916 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 15,90 | 22,43 | 22,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,73 |
| 150 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991436636 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 16,42 | 22,97 | 22,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,89 |
| 151 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.) | 05909991067540 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 17,06 | 23,64 | 23,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 7,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 152 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991231811 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,83 | 6,13 | 6,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,84 |
| 153 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.) | 05909991098926 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,50 | 7,89 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,65 |
| 154 | Amlodipinum | Agen 5, tabletki, 5 mg | 30 tabl. | 05909991295226 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,29 | 6,61 | 6,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,98 |
| 155 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991436759 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,21 | 12,27 | 12,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,68 |
| 156 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991295233 | 2017-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,53 | 12,61 | 12,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,78 |
| 157 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.) | 05909991067533 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,53 | 12,61 | 12,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,78 |
| 158 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008734 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,69 | 14,87 | 14,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,46 |
| 159 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008635 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,51 | 7,90 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 160 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991068073 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,69 | 14,87 | 14,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,46 |
| 161 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991068097 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 19,96 | 26,69 | 26,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 8,01 |
| 162 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991067977 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,35 | 7,73 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,49 |
| 163 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067991 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,98 | 14,13 | 14,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,24 |
| 164 | Amlodipinum | Amlodipine Aurobindo, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990955008 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,86 | 9,80 | 9,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,94 |
| 165 | Amlodipinum | Amlodipine Aurobindo, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990954254 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,00 | 5,26 | 5,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,58 |
| 166 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990800551 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 9,98 | 9,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,99 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 167 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990800469 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,01 | 5,27 | 5,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,58 |
| 168 | Amlodipinum | Amlodipine Orion, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991392079 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,43 | 10,40 | 10,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,12 |
| 169 | Amlodipinum | Amlodipine Orion, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991392062 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,24 | 5,51 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,65 |
| 170 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990842698 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,91 | 10,91 | 10,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,27 |
| 171 | Amlodipinum | Amlomyl, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 05909991362195 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,53 | 10,51 | 10,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,15 |
| 172 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990842476 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,89 | 6,19 | 6,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,86 |
| 173 | Amlodipinum | Amlonor, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990642625 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,37 | 14,54 | 14,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,36 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 174 | Amlodipinum | Amlonor, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990642618 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,18 | 7,55 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,31 |
| 175 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991312343 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,16 | 9,98 | 9,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,99 |
| 176 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 05909991371784 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,40 | 9,18 | 9,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,75 |
| 177 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 05909991361020 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,47 | 10,30 | 10,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,09 |
| 178 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909997213699 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,10 | 12,16 | 12,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,65 |
| 179 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048977 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,42 | 16,69 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,20 |
| 180 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991312244 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,94 | 6,15 | 6,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 181 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabletki, 5 mg | 28 tabl. | 05909991371708 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,78 | 5,98 | 5,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,79 |
| 182 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabletki, 5 mg | 28 tabl. | 05909991361013 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,14 | 6,36 | 6,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,91 |
| 183 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991200732 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,20 | 6,52 | 6,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,96 |
| 184 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909997213675 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,21 | 6,53 | 6,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,96 |
| 185 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048939 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,21 | 8,63 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,39 |
| 186 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990799817 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 14,85 | 19,25 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 8,76 |
| 187 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990799718 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,61 | 13,24 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 188 | Amlodipinum | Apo-Amlo 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991236687 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,10 | 12,16 | 12,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,65 |
| 189 | Amlodipinum | Apo-Amlo 10, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990565993 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,78 | 14,97 | 14,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,49 |
| 190 | Amlodipinum | Apo-Amlo 5, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990565986 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,39 | 7,77 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,53 |
| 191 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990907519 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,72 | 13,86 | 13,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,16 |
| 192 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 2.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990907311 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,10 | 5,39 | 3,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,77 |
| 193 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990907410 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,86 | 7,21 | 7,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,16 |
| 194 | Amlodipinum | Finamlox, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990794461 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,10 | 14,26 | 14,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,28 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 195 | Amlodipinum | Finamlox, tabl., 5 mg | 30 tabl. | 05909990794430 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,70 | 7,05 | 7,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,12 |
| 196 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990993116 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,53 | 12,61 | 12,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,78 |
| 197 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990993017 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,27 | 6,59 | 6,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,98 |
| 198 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990963119 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,80 | 14,99 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,50 |
| 199 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990963010 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,40 | 7,78 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,54 |
| 200 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990421824 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 16,20 | 21,74 | 21,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,52 |
| 201 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991283797 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,48 | 10,31 | 10,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 202 | Amlodipinum | Vilpin, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 05909991312374 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,48 | 10,31 | 10,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,09 |
| 203 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991042912 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,58 | 14,76 | 14,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,43 |
| 204 | Amlodipinum | Vilpin, tabletki, 5 mg | 28 tabl. | 05909991312367 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,94 | 6,15 | 6,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,85 |
| 205 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990621217 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,13 | 7,50 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,26 |
| 206 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg | 28 szt. | 05909991342920 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,11 | 18,02 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,41 |
| 207 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg | 28 szt. | 05909991342838 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,11 | 18,02 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,41 |
| 208 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg | 28 szt. | 05909991342746 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,56 | 9,46 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,15 |
| 209 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg | 28 szt. | 05907626708288 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,82 | 22,96 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,35 |
| 210 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabletki powlekane, 10+160 mg | 56 szt. | 05907626709384 | 2019-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,99 | 43,37 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,14 |
| 211 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg | 28 szt. | 05907626708257 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,82 | 22,96 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,35 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 212 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabletki powlekane, 5+160 mg | 56 szt. | 05907626709377 | 2019-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,99 | 43,37 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,14 |
| 213 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg | 28 szt. | 05907626708226 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,91 | 11,93 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,62 |
| 214 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabletki powlekane, 5+80 mg | 56 szt. | 05907626709360 | 2019-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,50 | 22,63 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,02 |
| 215 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 03838989708610 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,85 |
| 216 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg | 28 szt. | 03838989708634 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,85 |
| 217 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 03838989708627 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,85 |
| 218 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 16 szt. (2 blist.po 8 szt.) | 05909990691319 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 11,79 | 15,99 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 5,35 |
| 219 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089153 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 12,93 | 17,71 | 17,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,61 |
| 220 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. (2 blist.po 8 szt.) | 05909990691517 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 7,70 | 10,17 | 6,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,45 |
| 221 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 20 szt. | 05909991089108 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 6,06 | 8,83 | 8,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 222 | Amoxicillinum | Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 100 ml (65,3 g) | 05909991298258 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 19,39 | 25,86 | 25,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,56 |
| 223 | Amoxicillinum | Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 60 ml (39,2 g) | 05909990794379 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 11,88 | 16,37 | 15,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,27 |
| 224 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089146 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 12,93 | 17,71 | 17,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,61 |
| 225 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909991089122 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 6,06 | 8,83 | 8,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,38 |
| 226 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 750 mg | 20 szt. | 05909991089139 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,37 | 13,30 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,52 |
| 227 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 1 g | 16 szt. (2 blist.po 8 szt.) | 05909991043728 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 10,48 | 14,62 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,98 |
| 228 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 500 mg | 16 szt. (2 blist.po 8 szt.) | 05909991043520 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 5,78 | 8,15 | 6,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 229 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 750 mg | 16 szt. (2 blist.po 8 szt.) | 05909991043629 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 8,53 | 11,83 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,65 |
| 230 | Amoxicillinum | Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg | 16 szt. | 05909991373139 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 10,00 | 14,11 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,47 |
| 231 | Amoxicillinum | Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 750 mg | 16 szt. | 05909991373061 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 7,50 | 10,75 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,57 |
| 232 | Amoxicillinum | Hiconcil, kaps. twarde, 250 mg | 16 szt. | 05909990066018 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 2,92 | 4,12 | 3,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,86 |
| 233 | Amoxicillinum | Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990083619 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 8,64 | 12,57 | 12,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 234 | Amoxicillinum | Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990066117 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 5,78 | 8,15 | 6,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,43 |
| 235 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 1000 mg | 16 szt. | 05909990293322 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,82 | 13,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 236 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909990293124 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 5,40 | 7,75 | 6,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,03 |
| 237 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but. 60 ml | 05907626702361 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 11,61 | 16,09 | 15,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,99 |
| 238 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990781874 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 19,05 | 25,50 | 25,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 239 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 750 mg | 16 szt. | 05909990293223 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 7,88 | 11,14 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,96 |
| 240 | Amoxicillinum | Ospamox 1000 mg, tabl., 1000 mg | 20 szt. | 05909990778041 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 12,53 | 17,30 | 17,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 241 | Amoxicillinum | Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. | 05909990788453 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 6,48 | 9,27 | 8,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,82 |
| 242 | Amoxicillinum | Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg | 20 szt. | 05909990788477 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,67 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,89 |
| 243 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 140 ml (35 g) | 05909990894833 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 22,68 | 29,40 | 25,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 244 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 35 ml (8,75 g) | 05909990894819 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 8,42 | 10,89 | 6,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,65 |
| 245 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (17,5 g) | 05909990894826 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 15,12 | 19,44 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,95 |
| 246 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990081912 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 13,72 | 18,36 | 15,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 10,61 |
| 247 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991322939 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 17,28 | 23,85 | 23,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 11,93 |
| 248 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991250324 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 18,85 | 25,50 | 25,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,75 |
| 249 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05902023777837 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 18,85 | 25,50 | 25,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,75 |
| 250 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991243319 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,44 | 26,12 | 26,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 251 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990411115 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 23,00 | 29,86 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,30 |
| 252 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991417871 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 28,19 | 36,69 | 36,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 18,35 |
| 253 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991012960 | 2018-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 32,40 | 41,11 | 38,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 21,73 |
| 254 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg | 14 szt. (7 blist.po 2 szt.) | 05909990649747 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 21,44 | 28,39 | 28,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,20 |
| 255 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg | 14 szt. (7 blist.po 2 szt.) | 05909990646906 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 12,26 | 16,94 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,83 |
| 256 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan, tabl. powl., 500+125 mg | 14 tabl. | 05909991284220 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 11,02 | 15,52 | 15,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,77 |
| 257 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991284237 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 17,28 | 23,85 | 23,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 11,93 |
| 258 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05903060615922 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 11,65 | 16,18 | 15,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 259 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg | 14 sasz. | 05903060615908 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 21,31 | 28,26 | 28,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,13 |
| 260 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05903060615953 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,40 | 27,13 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,57 |
| 261 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg | 21 szt. (3 blist.po 7 szt.) | 05909990064120 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 14,02 | 11,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,21 |
| 262 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909991424084 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 10,58 | 15,06 | 15,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,53 |
| 263 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909997219684 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 11,99 | 16,54 | 15,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,79 |
| 264 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909997199702 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 12,85 | 17,44 | 15,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 9,69 |
| 265 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990368235 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 13,39 | 18,01 | 15,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 10,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 266 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997230740 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,66 | 26,35 | 26,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,18 |
| 267 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997198385 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,95 | 27,71 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,15 |
| 268 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997230542 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,95 | 27,71 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,15 |
| 269 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991209483 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 21,04 | 27,80 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,24 |
| 270 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997217345 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 21,05 | 27,81 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,25 |
| 271 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991248949 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 21,05 | 27,81 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,25 |
| 272 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990717521 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 24,14 | 31,06 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 17,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 273 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991093990 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 29,03 | 37,57 | 37,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 18,79 |
| 274 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 100 ml | 05909990614318 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 30,19 | 37,51 | 27,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 23,61 |
| 275 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 50 ml | 05909990614288 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 19,05 | 23,70 | 13,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,75 |
| 276 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990744848 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,17 | 25,84 | 25,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,92 |
| 277 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (14 g) | 05909991233846 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 9,77 | 13,82 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,33 |
| 278 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909991233525 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 11,88 | 16,42 | 15,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,67 |
| 279 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991233624 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,79 | 27,54 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 280 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991392772 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,66 | 26,35 | 26,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,18 |
| 281 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991423513 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 18,04 | 24,65 | 24,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,33 |
| 282 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991042073 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,95 | 27,71 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,15 |
| 283 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991423520 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 27,05 | 35,72 | 35,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 17,86 |
| 284 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991042080 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 30,62 | 39,47 | 39,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 19,74 |
| 285 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 140 ml (25,2 g) | 05909990793587 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 22,66 | 29,38 | 25,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,40 |
| 286 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 35 ml (6,3 g) | 05909990793594 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 8,41 | 10,87 | 6,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 287 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 70 ml (12,6 g) | 05909990793600 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 15,11 | 19,43 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,94 |
| 288 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990430628 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 13,34 | 17,96 | 15,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 10,21 |
| 289 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg | 21 szt. (3 blist.po 7 szt.) | 05909990430611 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,87 | 26,02 | 23,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,40 |
| 290 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909991087715 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 23,00 | 29,86 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,30 |
| 291 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05904016012444 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 30,60 | 39,45 | 39,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 19,73 |
| 292 | Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas | Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991395759 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 17,23 | 23,80 | 23,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 11,90 |
| 293 | Anastrozolum | Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909990802432 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 40,28 | 51,11 | 51,11 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 294 | Anastrozolum | Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909991324315 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 37,80 | 48,51 | 48,51 | 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 |
| 295 | Anastrozolum | Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909990082162 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 46,98 | 58,15 | 51,70 | 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 | 6,45 |
| 296 | Anastrozolum | Apo-Nastrol, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909990802050 | <1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 48,44 | 59,68 | 51,70 | <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 | 7,98 |
| 297 | Anastrozolum | Arimidex, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990756711 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 70,33 | 82,67 | 51,70 | 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 | 30,97 |
| 298 | Anastrozolum | Atrozol, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. (1 poj.po 28 szt.) | 05909991090029 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 47,52 | 58,72 | 51,70 | <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 | 7,02 |
| 299 | Anastrozolum | Egistrozol, tabl. powl., 1 mg | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990082148 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 51,62 | 63,03 | 51,70 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 11,33 |
| 300 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powl., 2.5 mg | 20 szt. | 05909990861040 | 2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 68,46 | 79,55 | 40,17 | <1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyki nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej | | 30% | 51,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 301 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991019396 | 2021-05-01 | 2 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 255,61 | 285,72 | 224,92 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyki nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej | | 30% | 128,28 |
| 302 | Aprepitantum | Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991400576 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 64,80 | 79,34 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 303 | Aprepitantum | Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991352547 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 81,54 | 96,92 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 20,78 |
| 304 | Aprepitantum | Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991360818 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 95,04 | 111,09 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 34,95 |
| 305 | Aprepitantum | Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991412715 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 59,40 | 73,67 | 73,67 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 306 | Aprepitantum | Aprepitant Teva, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991383169 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 64,80 | 79,34 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 307 | Aprepitantum | Emend, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909990007387 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 64,80 | 79,34 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 308 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909990002306 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,54 | 121,51 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 309 | Aripiprazolum | Abilify, tabletki, 15 mg | 56 tabl. | 05909990002337 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 203,36 | 231,37 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 310 | Aripiprazolum | Abilify, tabletki, 30 mg | 56 tabl. | 05909990002382 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 412,56 | 456,37 | 456,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,95 |
| 311 | Aripiprazolum | Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 1 fiol. proszku + fiol. rozp. | 05702157142200 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.12, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 1026,43 | 1117,19 | 1117,19 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia arypiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 312 | Aripiprazolum | Apiprax, tabletki, 15 mg | 28 szt. | 05909991279691 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 77,76 | 95,49 | 95,49 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 313 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05906414001068 | 2017-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 68,36 | 83,40 | 77,12 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,48 |
| 314 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05906414001730 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 138,56 | 161,11 | 154,25 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,84 |
| 315 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 84 szt. | 05906414001747 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 209,92 | 238,26 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,86 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 316 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05906414001075 | 2017-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,73 | 121,71 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,22 |
| 317 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05906414001754 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 208,71 | 236,99 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,59 |
| 318 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 84 szt. | 05906414001761 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 319,25 | 355,72 | 347,06 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 17,62 |
| 319 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05906414001082 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 206,28 | 234,43 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,03 |
| 320 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05906414001020 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 68,36 | 83,40 | 77,12 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,48 |
| 321 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05906414001648 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 138,56 | 161,11 | 154,25 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,84 |
| 322 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414001655 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 209,92 | 238,26 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,86 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 323 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05906414001037 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,73 | 121,71 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,22 |
| 324 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05906414001662 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 208,71 | 236,99 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,59 |
| 325 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414001679 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 319,25 | 355,72 | 347,06 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 17,62 |
| 326 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg | 28 szt. | 05906414001044 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 206,28 | 234,43 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,03 |
| 327 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05907529463284 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 138,24 | 160,77 | 154,25 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,50 |
| 328 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05907529463314 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,75 | 121,73 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,24 |
| 329 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05907529463338 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 208,44 | 236,70 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 330 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 30 mg | 56 szt. | 05907529463383 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 421,20 | 465,44 | 462,74 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 14,65 |
| 331 | Aripiprazolum | Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991251475 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,75 | 121,73 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,24 |
| 332 | Aripiprazolum | Aricogan, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991265526 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 78,30 | 96,06 | 96,06 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 333 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991232733 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 68,26 | 83,29 | 77,12 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,37 |
| 334 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991232832 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,70 | 121,68 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,19 |
| 335 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909991232849 | 2017-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 108,43 | 128,07 | 123,95 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,32 |
| 336 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991232856 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 208,66 | 236,93 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,53 |
| 337 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 60 szt. | 05909991232863 | 2017-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 224,10 | 253,53 | 247,90 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 338 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 90 szt. | 05909991232887 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 333,72 | 371,49 | 371,49 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,60 |
| 339 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991232931 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 207,68 | 235,90 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,50 |
| 340 | Aripiprazolum | Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05901720140241 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 108,00 | 127,62 | 123,95 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,87 |
| 341 | Aripiprazolum | Aripiprazole Apotex, tabletki, 15 mg | 28 tabl. | 05909991339951 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 101,30 | 120,21 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,72 |
| 342 | Aripiprazolum | Aripiprazole Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 tabl. w blistrach perforowanych | 05909991270223 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 101,30 | 120,21 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,72 |
| 343 | Aripiprazolum | Aripiprazole Mylan Pharma, tabletki, 15 mg | 28 tabl. | 05902020926771 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 116,42 | 136,09 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 23,60 |
| 344 | Aripiprazolum | Aripiprazole Mylan Pharma, tabletki, 15 mg | 56 tabl. | 05902020926788 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 232,85 | 262,33 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 36,93 |
| 345 | Aripiprazolum | Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 05909991305598 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 52,90 | 67,18 | 67,18 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 346 | Aripiprazolum | Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 10 mg | 56 tabl. | 05909991305611 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 105,81 | 126,72 | 126,72 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,98 |
| 347 | Aripiprazolum | Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg | 14 tabl. | 05909991305642 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 39,68 | 51,50 | 51,50 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 348 | Aripiprazolum | Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg | 28 tabl. | 05909991305659 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 79,36 | 97,17 | 97,17 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 349 | Aripiprazolum | Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg | 56 tabl. | 05909991305673 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 158,72 | 184,49 | 184,49 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 350 | Aripiprazolum | Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991263850 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 69,55 | 86,87 | 86,87 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 351 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05907626705690 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 69,50 | 84,60 | 77,12 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,68 |
| 352 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05907626705713 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 145,80 | 168,71 | 154,25 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 18,44 |
| 353 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05907626705836 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 107,46 | 126,67 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 14,18 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 354 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05907626705850 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 223,56 | 252,58 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 27,18 |
| 355 | Aripiprazolum | Aripiprazole STADA, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991251604 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 59,40 | 76,21 | 76,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 356 | Aripiprazolum | Aripiprazole SymPhar, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991229634 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 105,30 | 124,41 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,92 |
| 357 | Aripiprazolum | Aripiprazole Zentiva, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991221546 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 104,76 | 123,84 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,35 |
| 358 | Aripiprazolum | Aripsan, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991259075 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 75,51 | 91,42 | 82,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,99 |
| 359 | Aripiprazolum | Aripsan, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909991259143 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 117,26 | 137,34 | 123,95 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 16,59 |
| 360 | Aripiprazolum | Aripsan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991259013 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 75,51 | 91,42 | 82,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,99 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 361 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991404659 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 52,81 | 67,07 | 67,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 362 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991404666 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 105,62 | 126,53 | 126,53 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,98 |
| 363 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991404673 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 79,23 | 97,03 | 97,03 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 364 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991404680 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 158,46 | 184,22 | 184,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 365 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909991404697 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 105,62 | 126,53 | 126,53 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,98 |
| 366 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 20 mg | 56 szt. | 05909991404703 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 211,25 | 241,43 | 241,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,96 |
| 367 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991404710 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 158,46 | 184,22 | 184,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 368 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 30 mg | 56 szt. | 05909991404727 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 316,92 | 355,95 | 355,95 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,95 |
| 369 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991404635 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 26,41 | 35,57 | 35,57 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 370 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991404642 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 52,81 | 67,07 | 67,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 371 | Aripiprazolum | Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05902020241447 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 104,76 | 123,84 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,35 |
| 372 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991205225 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 68,36 | 83,40 | 77,12 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,48 |
| 373 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991205256 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 136,72 | 159,18 | 154,25 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,91 |
| 374 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991385682 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 74,50 | 92,08 | 92,08 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 375 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991266202 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 74,52 | 92,09 | 92,09 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 376 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991205324 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,54 | 121,51 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,02 |
| 377 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991205355 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 205,08 | 233,17 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,77 |
| 378 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991205423 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 206,24 | 234,39 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,99 |
| 379 | Aripiprazolum | Asduter, tabletki, 10 mg | 28 szt. | 05909991229696 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 69,12 | 84,20 | 77,12 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,28 |
| 380 | Aripiprazolum | Asduter, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991229733 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,60 | 121,57 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,08 |
| 381 | Aripiprazolum | Explemed, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991236946 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 101,68 | 120,60 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 382 | Aripiprazolum | Explemed, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991236953 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 203,36 | 231,37 | 231,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 383 | Aripiprazolum | Explemed Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991237141 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 105,30 | 124,41 | 115,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,92 |
| 384 | Atenololum | Atenolol Sanofi 25, tabl., 25 mg | 60 szt. | 05909990370610 | 2019-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,95 | 7,50 | 7,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 385 | Atenololum | Atenolol Sanofi 50, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990011414 | 2019-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,95 | 7,50 | 7,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 386 | Atomoxetinum | Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991412173 | 2020-11-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 52,38 | 65,82 | 65,82 | 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 |
| 387 | Atomoxetinum | Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991412241 | 2020-11-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 84,24 | 102,01 | 102,01 | 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 |
| 388 | Atomoxetinum | Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991394738 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 59,05 | 72,82 | 71,68 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 4,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 389 | Atomoxetinum | Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991394776 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 94,50 | 112,79 | 112,79 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 3,20 |
| 390 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909991393380 | 2021-05-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 23,33 | 30,80 | 28,67 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 5,33 |
| 391 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg | 28 szt. | 05909991393601 | 2021-05-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 41,99 | 53,14 | 51,61 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 4,73 |
| 392 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991393496 | 2019-09-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 61,42 | 75,31 | 71,68 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 6,83 |
| 393 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991393717 | 2019-09-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 98,28 | 116,75 | 114,69 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 5,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 394 | Atomoxetinum | Konaten, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909991390938 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 24,08 | 31,57 | 28,67 | 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 | 6,10 |
| 395 | Atomoxetinum | Konaten, kaps. twarde, 18 mg | 28 szt. | 05909991390952 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 43,34 | 54,56 | 51,61 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 6,15 |
| 396 | Atomoxetinum | Konaten, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991390976 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 60,20 | 74,03 | 71,68 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 5,55 |
| 397 | Atomoxetinum | Konaten, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991390990 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 96,31 | 114,69 | 114,69 | 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 |
| 398 | Atomoxetinum | Strattera, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990568574 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 201,52 | 217,89 | 28,67 | 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 | 192,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 399 | Atomoxetinum | Strattera, kaps. twarde, 10 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 05909990568550 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 50,38 | 55,30 | 7,17 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 51,33 |
| 400 | Atomoxetinum | Strattera, kaps. twarde, 18 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990568642 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 201,52 | 220,65 | 51,61 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 172,24 |
| 401 | Atomoxetinum | Strattera, kaps. twarde, 18 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 05909990568628 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 50,38 | 56,68 | 12,90 | 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 | 46,98 |
| 402 | Atomoxetinum | Strattera, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990568680 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 201,52 | 222,42 | 71,68 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 153,94 |
| 403 | Atomoxetinum | Strattera, kaps. twarde, 25 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 05909990568666 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 50,38 | 57,56 | 17,92 | 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 | 42,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 404 | Atomoxetinum | Strattera, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990568727 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 201,52 | 225,16 | 114,69 | 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 | 113,67 |
| 405 | Atomoxetinum | Strattera, kaps. twarde, 40 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 05909990568703 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 50,38 | 59,19 | 28,67 | 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 | 33,72 |
| 406 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907695215137 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,31 | 9,06 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 2,86 |
| 407 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05907695215359 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 9,15 | 13,00 | 13,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,90 |
| 408 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05907695215144 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,61 | 17,31 | 17,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,19 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 409 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05907695215366 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,30 | 24,58 | 24,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 7,37 |
| 410 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05907695215151 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 25,23 | 32,85 | 32,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 9,86 |
| 411 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05907695215373 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 36,59 | 46,70 | 46,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 14,01 |
| 412 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990787586 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,72 | 9,39 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,29 |
| 413 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990787609 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 14,47 | 17,61 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 11,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 414 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990787647 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 26,30 | 31,69 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 19,29 |
| 415 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990991815 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,83 | 9,50 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,40 |
| 416 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990336647 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,44 | 28,00 | 13,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 18,70 |
| 417 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990991914 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,80 | 13,77 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 7,57 |
| 418 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909991013806 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,98 | 25,05 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 419 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990419173 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 32,40 | 39,38 | 26,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 20,77 |
| 420 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909990885282 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 14,36 | 18,47 | 13,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,17 |
| 421 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 60 szt. | 05909990885299 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 27,21 | 33,93 | 26,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,32 |
| 422 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990623464 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 21,38 | 26,52 | 17,72 | 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 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% | 14,12 |
| 423 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990623471 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 39,96 | 48,32 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 23,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 424 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990623488 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 62,64 | 74,05 | 53,16 | 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% | 36,84 |
| 425 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909990885336 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 32,40 | 39,38 | 26,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 20,77 |
| 426 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990885374 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 43,20 | 51,72 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 26,91 |
| 427 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabletki powlekane, 20 mg | 28 tabl. | 05909991385699 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,44 | 8,01 | 8,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 2,40 |
| 428 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990938926 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,80 | 9,57 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,37 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 429 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabletki powlekane, 40 mg | 28 tabl. | 05909991385675 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,31 | 14,73 | 14,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,42 |
| 430 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990938995 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,61 | 18,36 | 17,72 | 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 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% | 5,96 |
| 431 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 30 tabl. | 05909991321611 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,72 | 8,43 | 8,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,53 |
| 432 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909991321659 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,17 | 23,39 | 23,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 7,02 |
| 433 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 40 mg | 30 tabl. | 05909991321710 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,79 | 15,40 | 15,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 4,62 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 434 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 05909991321758 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 32,37 | 42,27 | 42,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,68 |
| 435 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990887279 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,26 | 9,00 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 2,80 |
| 436 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990887286 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,20 | 16,88 | 16,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,06 |
| 437 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabletki powlekane, 10 mg | 30 tabl. | 05909991382896 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,92 | 4,35 | 4,35 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,31 |
| 438 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabletki powlekane, 20 mg | 30 tabl. | 05909991382902 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,83 | 8,55 | 8,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,57 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 439 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 07311920002252 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,47 | 21,60 | 21,60 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,48 |
| 440 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991382919 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,73 | 11,51 | 11,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,45 |
| 441 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabletki powlekane, 40 mg | 30 tabl. | 05909991382926 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,66 | 16,31 | 16,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 4,89 |
| 442 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 07311920002276 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 20,62 | 28,01 | 28,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,40 |
| 443 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 07311920002269 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 30,93 | 40,76 | 40,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 444 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991382933 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,47 | 21,60 | 21,60 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,48 |
| 445 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991382940 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 20,62 | 28,01 | 28,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,40 |
| 446 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990900053 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,24 | 4,68 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,58 |
| 447 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990899920 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,70 | 9,47 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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 |
| 448 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 20 mg | 60 tabl. | 05909990899951 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,10 | 16,78 | 16,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 5,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 449 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909990899975 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,14 | 24,41 | 24,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 7,32 |
| 450 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990900275 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,39 | 18,13 | 17,72 | 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 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% | 5,73 |
| 451 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 40 mg | 60 tabl. | 05909990900305 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 24,19 | 31,76 | 31,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 9,53 |
| 452 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 05909990900336 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 36,29 | 46,38 | 46,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 13,91 |
| 453 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990900459 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,78 | 31,33 | 31,33 | 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 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% | 9,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 454 | Atorvastatinum | Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991200787 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,51 | 8,22 | 8,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 2,47 |
| 455 | Atorvastatinum | Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991201050 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,31 | 14,90 | 14,90 | 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 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% | 4,47 |
| 456 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990077847 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,98 | 9,66 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,56 |
| 457 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990077939 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,97 | 19,20 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 13,00 |
| 458 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990078028 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 31,96 | 37,63 | 17,72 | 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 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% | 25,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 459 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991041298 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 28,26 | 36,03 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 11,22 |
| 460 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990573400 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,24 | 8,88 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,78 |
| 461 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990573530 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,31 | 15,36 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 9,16 |
| 462 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573547 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 27,88 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,48 |
| 463 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990078141 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,68 | 7,24 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 464 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990078264 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,23 | 14,22 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,02 |
| 465 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990078356 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,46 | 27,65 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,25 |
| 466 | Atorvastatinum | Atrox, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991011383 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 32,83 | 40,83 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 16,02 |
| 467 | Atorvastatinum | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991124618 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,65 | 9,32 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,22 |
| 468 | Atorvastatinum | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991124717 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,94 | 14,97 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 469 | Atorvastatinum | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991124816 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,90 | 29,17 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 16,77 |
| 470 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990905508 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,08 | 6,62 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,52 |
| 471 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg | 60 tabl. | 05909990905539 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,80 | 9,57 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,37 |
| 472 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 05909990905553 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,10 | 14,00 | 13,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,70 |
| 473 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990905638 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 8,49 | 11,34 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 5,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 474 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg | 60 tabl. | 05909990905652 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,48 | 18,22 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,82 |
| 475 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909990905676 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,82 | 26,17 | 26,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 7,85 |
| 476 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990905782 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,00 | 21,92 | 17,72 | 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 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% | 9,52 |
| 477 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg | 60 tabl. | 05909990905805 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 26,09 | 33,75 | 33,75 | 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 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% | 10,13 |
| 478 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 05909990905867 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 38,34 | 48,54 | 48,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 14,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 479 | Atorvastatinum | Larus, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990078707 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,64 | 9,40 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 3,20 |
| 480 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042097 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,05 | 5,54 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,44 |
| 481 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991042103 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 8,10 | 10,94 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,74 |
| 482 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991042134 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 16,20 | 21,08 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,68 |
| 483 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991042141 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 31,32 | 39,25 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 14,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 484 | Atorvastatinum | Torvacard, tabl. powl., 80 mg | 30 tabl. | 05909990957071 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 39,59 | 47,93 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 23,12 |
| 485 | Atorvastatinum | Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338290 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,67 | 9,33 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,23 |
| 486 | Atorvastatinum | Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338368 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,02 | 14,00 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 7,80 |
| 487 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338436 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,48 | 24,53 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,13 |
| 488 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990338443 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 59,04 | 70,27 | 53,16 | 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% | 33,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 489 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990053179 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,24 | 8,88 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,78 |
| 490 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990053230 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,23 | 14,22 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,02 |
| 491 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990053278 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,33 | 24,37 | 17,72 | 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 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% | 11,97 |
| 492 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990998814 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,88 | 9,55 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,45 |
| 493 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990998821 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,77 | 18,99 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 494 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990998838 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,22 | 27,77 | 13,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 18,47 |
| 495 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990998913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,31 | 15,36 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 9,16 |
| 496 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990998920 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 27,88 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,48 |
| 497 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990998937 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 33,70 | 40,75 | 26,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 22,14 |
| 498 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990810161 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 16,42 | 21,31 | 17,72 | 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 niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,91 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 499 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 60 tabl. | 05909990810178 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 27,71 | 35,46 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 10,65 |
| 500 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 90 tabl. | 05909990810185 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 41,55 | 51,91 | 51,91 | 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% | 15,57 |
| 501 | Atorvastatinum | Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990810208 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 42,93 | 51,44 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 26,63 |
| 502 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991403911 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,72 | 11,50 | 11,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,45 |
| 503 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg | 60 szt. | 05909991403935 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,44 | 21,57 | 21,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 6,47 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 504 | Atropini sulfas | Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 5 ml | 05909990243112 | 2019-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 11,40 | 15,51 | 13,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,96 |
| 505 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. (1 słoik po 30 szt.) | 05909990232826 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 13,61 | 18,50 | 16,28 | 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; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,42 |
| 506 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. (1 słoik po 30 szt.) | 05909990232826 | 2019-01-01 | 3 lata | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 13,61 | 18,50 | 16,28 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,22 |
| 507 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 50 szt. (1 słoik po 50 szt.) | 05909990232819 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 22,03 | 29,02 | 27,13 | 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; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,09 |
| 508 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 50 szt. (1 słoik po 50 szt.) | 05909990232819 | 2019-01-01 | 3 lata | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 22,03 | 29,02 | 27,13 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 509 | Azathioprinum | Imuran, tabl. powl., 50 mg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909990277810 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 43,09 | 54,26 | 54,26 | 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; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,56 |
| 510 | Azathioprinum | Imuran, tabl. powl., 50 mg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909990277810 | 2019-01-01 | 3 lata | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 43,09 | 54,26 | 54,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 511 | Azithromycinum | Azibiot, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991054816 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 18,51 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 13,98 |
| 512 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909991034412 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,36 | 21,91 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 17,38 |
| 513 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991035518 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,25 | 13,39 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 8,86 |
| 514 | Azithromycinum | Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990969876 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,53 | 9,49 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 4,96 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 515 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml (400 mg) | 05909990635320 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 14,04 | 17,08 | 7,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 13,41 |
| 516 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml (800 mg) | 05909990635337 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 21,38 | 26,40 | 14,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 19,07 |
| 517 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990635344 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 24,84 | 31,25 | 22,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 20,25 |
| 518 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 37,5 ml (1500 mg) | 05907626702682 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 31,32 | 38,84 | 27,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 25,09 |
| 519 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909997214023 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 13,96 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,43 |
| 520 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909997223537 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,34 | 14,54 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 10,01 |
| 521 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. (1 blist.po 6 szt.) | 05909990573738 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,36 | 21,91 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 17,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 522 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909997214030 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 13,96 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,43 |
| 523 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909997223551 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,34 | 14,54 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 10,01 |
| 524 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. (1 blist.po 3 szt.) | 05909990573752 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 18,51 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 13,98 |
| 525 | Azithromycinum | Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. (1 blist.po 3 szt.) | 05909991087319 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,25 | 13,39 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 8,86 |
| 526 | Azithromycinum | Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 20 ml | 05909990073566 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 16,68 | 21,46 | 14,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 14,13 |
| 527 | Azithromycinum | Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 30 ml | 05909990073573 | 2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 5 lat - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 19,76 | 25,92 | 22,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 14,92 |
| 528 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. (2 blist.po 3 szt.) | 05909991098421 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,89 | 22,46 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 17,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 529 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. (1 blist.po 3 szt.) | 05909991098520 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,25 | 13,39 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 8,86 |
| 530 | Azithromycinum | Macromax, tabletki powlekane, 500 mg | 3 tabl. | 05909990713608 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,01 | 9,98 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 5,45 |
| 531 | Azithromycinum | Nobaxin, tabl. powl., 500 mg | 2 szt. (1 blist.po 2 szt.) | 05909991108830 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,30 | 14,82 | 6,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 11,80 |
| 532 | Azithromycinum | Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742110 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 14,04 | 17,08 | 7,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 13,41 |
| 533 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powl., 125 mg | 6 szt. (1 blist.po 6 szt.) | 05909990846214 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,41 | 22,85 | 4,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 20,59 |
| 534 | Azithromycinum | Sumamed, kaps. twarde, 250 mg | 6 szt. (1 blist.po 6 szt.) | 05909990742318 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,41 | 24,06 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 19,53 |
| 535 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powl., 500 mg | 2 szt. | 05909990742424 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,09 | 18,79 | 6,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 15,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 536 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990742417 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,41 | 24,06 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 19,53 |
| 537 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742219 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 25,92 | 31,17 | 14,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 23,84 |
| 538 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990742226 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 34,56 | 41,46 | 22,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 30,46 |
| 539 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronii bromidum | Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+11 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. a 180 daw. | 08025153008156 | 2019-09-01 | 2 lata | 199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi | 270,81 | 303,96 | 303,96 | 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% | 91,19 |
| 540 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909990054152 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 157,68 | 180,80 | 156,28 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 29,32 |
| 541 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909991245696 | 2018-01-01 | 5 lat | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 157,68 | 180,82 | 154,74 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 30,88 |
| 542 | Benazeprilum | Lotensin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990118915 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,52 | 21,48 | 6,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 18,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 543 | Benazeprilum | Lotensin, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990119011 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,46 | 31,33 | 13,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 26,08 |
| 544 | Benazeprilum | Lotensin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990118816 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,82 | 15,54 | 3,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 15,44 |
| 545 | Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum | Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g | 1 butelka 100 ml | 05909991254995 | 2020-11-01 | 2 lata | 248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone | 19,66 | 26,24 | 26,24 | Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych | | 50% | 13,12 |
| 546 | Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum | Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g | 1 butelka 50 ml | 05909991254988 | 2020-11-01 | 2 lata | 248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone | 13,61 | 17,85 | 13,12 | Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych | | 50% | 11,29 |
| 547 | Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas | Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990121625 | 2019-01-01 | 3 lata | 81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego | 54,00 | 66,87 | 66,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 33,44 |
| 548 | Betamethasonum + Acidum salicylicum | Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g | 1 butelka 100 ml | 05909991187682 | 2021-05-01 | 2 lata | 248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone | 20,09 | 26,69 | 26,24 | Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych | | 50% | 13,57 |
| 549 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml | 10 ml | 05909990186525 | 2019-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 20,43 | 24,02 | 9,66 | Jaskra | | 30% | 17,26 |
| 550 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml | 5 ml | 05909990186518 | 2019-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 10,21 | 12,10 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 8,72 |
| 551 | Betaxololum | Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990925513 | 2019-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 6,33 | 8,03 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 4,65 |
| 552 | Bimatoprostum | Bimakolan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 butelka 3 ml | 05909991137403 | 2018-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,38 | 33,76 | 33,76 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 553 | Bimatoprostum | Bimakolan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991137397 | 2018-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 76,14 | 93,06 | 93,06 | Jaskra | | ryczałt | 8,96 |
| 554 | Bimatoprostum | Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 butelka 3 ml | 05909991105594 | 2017-07-01 | 5 lat | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,83 | 39,48 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 7,75 |
| 555 | Bimatoprostum | Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 butelki 3 ml | 05909991105600 | 2017-07-01 | 5 lat | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 92,51 | 110,25 | 104,79 | Jaskra | | ryczałt | 14,42 |
| 556 | Bimatoprostum | Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991285708 | 2017-05-01 | 5 lat | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,84 | 39,49 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 7,76 |
| 557 | Bimatoprostum | Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 05907553017644 | 2017-07-01 | 5 lat | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 90,45 | 108,09 | 104,79 | Jaskra | | ryczałt | 12,26 |
| 558 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991097066 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,97 | 42,78 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 11,05 |
| 559 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991097073 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 101,90 | 120,11 | 104,79 | Jaskra | | ryczałt | 24,28 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 560 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991335663 | 2021-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,14 | 38,76 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 7,03 |
| 561 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991335670 | 2021-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 90,45 | 108,09 | 104,79 | Jaskra | | ryczałt | 12,26 |
| 562 | Bimatoprostum | Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990008469 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,73 | 39,38 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 7,65 |
| 563 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 butelka 3 ml | 05909991310769 | 2018-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,12 | 38,74 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 7,01 |
| 564 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991310776 | 2018-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 90,36 | 107,99 | 104,79 | Jaskra | | ryczałt | 12,16 |
| 565 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991376772 | 2019-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,29 | 41,01 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 9,28 |
| 566 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991376789 | 2019-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 96,88 | 114,84 | 104,79 | Jaskra | | ryczałt | 19,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 567 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991422356 | 2020-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,27 | 40,99 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 9,26 |
| 568 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991422363 | 2020-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 96,85 | 114,80 | 104,79 | Jaskra | | ryczałt | 18,97 |
| 569 | Bimatoprostum + Timololum | Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990574315 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 43,15 | 52,42 | 34,93 | Jaskra | | ryczałt | 20,69 |
| 570 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909991265762 | 2019-03-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 10,48 | 14,71 | 14,71 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,41 |
| 571 | Biperidenum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909990503834 | 2019-07-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 10,64 | 14,87 | 14,71 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,57 |
| 572 | Biperidenum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909991216405 | 2018-09-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 10,79 | 15,03 | 14,71 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,73 |
| 573 | Biperidenum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990193219 | 2019-01-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 10,80 | 15,04 | 14,71 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,74 |
| 574 | Biperidenum | Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990884216 | 2019-07-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 12,42 | 17,18 | 17,18 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 5,15 |
| 575 | Bisoprolol fumarate | Corectin 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991066529 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 13,98 | 19,81 | 19,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 576 | Bisoprolol fumarate | Corectin 5, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991066420 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,99 | 10,56 | 10,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 577 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol Genoptim, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991358075 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 13,61 | 19,42 | 19,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 578 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol Genoptim, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991357993 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,80 | 10,36 | 10,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 579 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991097523 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,40 | 13,09 | 11,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,65 |
| 580 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991097554 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 18,79 | 24,86 | 23,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 7,99 |
| 581 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991097400 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,70 | 6,75 | 5,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,13 |
| 582 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991097448 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,40 | 13,09 | 11,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,65 |
| 583 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 60 tabl. | 05909991197049 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 14,33 | 20,19 | 20,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 584 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 90 tabl. | 05909991197056 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 21,50 | 29,16 | 29,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 9,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 585 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 60 tabl. | 05909991197070 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,16 | 10,74 | 10,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 586 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 90 tabl. | 05909991197063 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,75 | 15,51 | 15,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,80 |
| 587 | Bisoprololum | Bisoprolol VP, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 05909991152017 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,91 | 10,48 | 10,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 588 | Bisoprololum | Bisoprolol VP, tabletki, 5 mg | 30 tabl. | 05909991151911 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 3,46 | 5,44 | 5,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 589 | Bisoprololum | Bisoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991015114 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,72 | 11,33 | 11,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 590 | Bisoprololum | Bisoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991015015 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,91 | 6,97 | 5,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,35 |
| 591 | Bisoprololum | Coronal 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990633852 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,34 | 10,93 | 10,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 592 | Bisoprololum | Coronal 10, tabl. powl., 10 mg | 60 tabl. | 05909990633869 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 14,84 | 20,71 | 20,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 593 | Bisoprololum | Coronal 5, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990633791 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,37 | 6,40 | 5,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,78 |
| 594 | Bisoprololum | Coronal 5, tabl. powl., 5 mg | 60 tabl. | 05909990633807 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,42 | 11,01 | 11,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 595 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990874194 | 2019-11-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 22,14 | 28,75 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 8,45 |
| 596 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000900 | 2019-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 49,90 | 62,90 | 62,90 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 597 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991379483 | 2019-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 16,45 | 22,77 | 22,77 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 598 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991379490 | 2019-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 49,36 | 62,33 | 62,33 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 599 | Brimonidini tartras | Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05907553017897 | 2018-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 49,36 | 62,33 | 62,33 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 600 | Brimonidinum | Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml | 05909990865024 | 2019-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 21,60 | 28,18 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 7,88 |
| 601 | Brimonidinum | Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990974641 | 2018-01-01 | 5 lat | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 22,68 | 29,31 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 9,01 |
| 602 | Brimonidinum | Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990677733 | 2019-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 22,68 | 29,31 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 9,01 |
| 603 | Brimonidinum | Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991304751 | 2017-07-01 | 5 lat | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 16,61 | 22,94 | 22,94 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 604 | Brimonidinum + Timololum | Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990570546 | 2019-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 29,16 | 36,12 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 15,82 |
| 605 | Brinzolamidum | Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990869114 | 2019-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 29,84 | 36,83 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 16,53 |
| 606 | Brinzolamidum | Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991250386 | 2020-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 21,38 | 27,95 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 7,65 |
| 607 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991223571 | 2019-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 22,68 | 29,31 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 9,01 |
| 608 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991223588 | 2018-11-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 64,31 | 78,03 | 70,50 | Jaskra | | ryczałt | 15,53 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 609 | Brivaracetamum | Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml | 300 ml | 05909991272234 | 2019-09-01 | 2 lata | 249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam | 381,00 | 422,55 | 422,55 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | | ryczałt | 3,20 |
| 610 | Brivaracetamum | Briviact, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. | 05909991272333 | 2019-09-01 | 2 lata | 249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam | 355,60 | 395,21 | 395,21 | 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 | | ryczałt | 3,20 |
| 611 | Bromocriptinum | Bromergon, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990173013 | 2019-01-01 | 3 lata | 62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna | 13,93 | 19,06 | 19,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 612 | Bromocriptinum | Bromocorn, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990211913 | 2019-01-01 | 3 lata | 62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna | 12,19 | 17,23 | 17,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 613 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306137 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 51,73 | 64,31 | 64,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 614 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306137 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 51,73 | 64,31 | 64,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 615 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,25 | 56,59 | 56,59 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 616 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,25 | 56,59 | 56,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 617 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,56 | 80,21 | 80,09 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 618 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,56 | 80,21 | 80,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,15 |
| 619 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 | <1>2019-11-01/<2>2018-07-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,49 | 65,10 | 64,86 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,44 |
| 620 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 | <1>2019-11-01/<2>2018-07-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,49 | 65,10 | 64,86 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,44 |
| 621 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 | <1>2019-11-01/<2>2018-07-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,90 | 57,28 | 57,28 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 622 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 | <1>2019-11-01/<2>2018-07-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,90 | 57,28 | 57,28 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 623 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 | <1>2019-11-01/<2>2018-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,66 | 80,31 | 80,09 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,42 |
| 624 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 | <1>2019-11-01/<2>2018-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,66 | 80,31 | 80,09 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,25 |
| 625 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) | 05909991033248 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 53,46 | 66,02 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 11,25 |
| 626 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) | 05909991033248 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 53,46 | 66,02 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 23,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 627 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer | 05909991033224 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 59,94 | 72,83 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 18,06 |
| 628 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer | 05909991033224 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 59,94 | 72,83 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 30,76 |
| 629 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337354 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 42,12 | 50,77 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 23,92 |
| 630 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337354 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 42,12 | 50,77 | 30,05 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 29,74 |
| 631 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337323 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 63,72 | 76,80 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 22,03 |
| 632 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337323 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 63,72 | 76,80 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 34,73 |
| 633 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 634 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 635 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 120 kaps. | 05909991223793 | 2018-07-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,10 | 40,01 | 36,06 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 636 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 120 kaps. | 05909991223793 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,10 | 40,01 | 36,06 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,77 |
| 637 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 | 2018-09-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 15,55 | 21,06 | 18,03 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,23 |
| 638 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 15,55 | 21,06 | 18,03 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,44 |
| 639 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 120 kaps. | 05909991223809 | 2018-07-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 62,21 | 76,28 | 72,12 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,56 |
| 640 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 120 kaps. | 05909991223809 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 62,21 | 76,28 | 72,12 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 25,80 |
| 641 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 | 2018-09-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,10 | 40,01 | 36,06 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,15 |
| 642 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,10 | 40,01 | 36,06 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,77 |
| 643 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 644 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 645 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 646 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 647 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002515 | 2017-07-01 | 5 lat | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 51,84 | 64,42 | 64,42 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 648 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002515 | 2017-07-01 | 5 lat | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 51,84 | 64,42 | 64,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 649 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 | 2017-07-01 | 5 lat | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,36 | 56,71 | 56,71 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 650 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 | 2017-07-01 | 5 lat | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,36 | 56,71 | 56,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 651 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 | 2017-07-01 | 5 lat | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,88 | 80,54 | 80,09 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,65 |
| 652 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 | 2017-07-01 | 5 lat | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,88 | 80,54 | 80,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 653 | Budesonidum | CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg | 30 szt. | 05909991205966 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 13 | 11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego | 364,46 | 404,75 | 404,75 | 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 |
| 654 | Budesonidum | Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 100 szt. | 05909990430314 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid | 332,42 | 370,28 | 370,28 | Choroba Leśniowskiego-Crohna | postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi | ryczałt | 3,56 |
| 655 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990926213 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 18,85 | 24,52 | 18,03 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,69 |
| 656 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990926213 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 18,85 | 24,52 | 18,03 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,90 |
| 657 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990926312 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 32,29 | 41,25 | 36,06 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,39 |
| 658 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990926312 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 32,29 | 41,25 | 36,06 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 16,01 |
| 659 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 | 2019-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,27 | 64,86 | 64,86 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 660 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 | 2019-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,27 | 64,86 | 64,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 661 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 | 2018-09-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,36 | 56,71 | 56,71 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 662 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 | 2018-09-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,36 | 56,71 | 56,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 663 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 | 2021-03-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,45 | 80,09 | 80,09 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 664 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 | 2021-03-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,45 | 80,09 | 80,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,03 |
| 665 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 63,68 | 76,85 | 64,86 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 15,19 |
| 666 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 63,68 | 76,85 | 64,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,19 |
| 667 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 56,55 | 68,46 | 57,66 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 14,00 |
| 668 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 56,55 | 68,46 | 57,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 669 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 64,80 | 79,41 | 79,41 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 670 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 64,80 | 79,41 | 79,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 23,82 |
| 671 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 | 2019-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 64,80 | 79,41 | 79,41 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 672 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 | 2019-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 64,80 | 79,41 | 79,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 23,82 |
| 673 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 76,85 | 92,06 | 80,09 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 15,17 |
| 674 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 76,85 | 92,06 | 80,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 36,00 |
| 675 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 35,62 | 43,94 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 17,09 |
| 676 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 35,62 | 43,94 | 30,05 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,91 |
| 677 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,86 | 39,99 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 678 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,86 | 39,99 | 30,05 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 18,96 |
| 679 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335183 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 680 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335183 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 681 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335190 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 682 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335190 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 683 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 | 2020-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 47,52 | 58,89 | 52,09 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,00 |
| 684 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 | 2020-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 90,72 | 108,25 | 104,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,27 |
| 685 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05000456011648 | 2019-09-01 | 2 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 108,43 | 126,84 | 104,18 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc | | 30% | 53,91 |
| 686 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 | 2018-07-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 108,43 | 126,84 | 104,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 687 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137458 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 108,48 | 126,89 | 104,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,91 |
| 688 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137465 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 54,24 | 65,94 | 52,09 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 17,05 |
| 689 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137625 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 94,09 | 111,80 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 11,84 |
| 690 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 | 2018-01-01 | 5 lat | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 108,48 | 126,89 | 104,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,91 |
| 691 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 | 2018-01-01 | 5 lat | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 94,09 | 111,80 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 11,84 |
| 692 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 108,76 | 127,21 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 27,25 |
| 693 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 62,87 | 75,01 | 52,86 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,35 |
| 694 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg | 60 szt. - blister | 05909991235635 | 2019-11-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego | 27,32 | 35,48 | 35,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,64 |
| 695 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg | 60 szt. - blister | 05909991235635 | 2019-11-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego | 27,32 | 35,48 | 35,48 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 696 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg | 30 szt. - blister | 05909991235642 | 2019-11-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego | 27,32 | 35,48 | 35,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,64 |
| 697 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg | 30 szt. - blister | 05909991235642 | 2019-11-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego | 27,32 | 35,48 | 35,48 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 698 | Buprenorphinum | Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. | 05909990938056 | 2018-09-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 44,28 | 55,32 | 49,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,13 |
| 699 | Buprenorphinum | Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. | 05909990938056 | 2018-09-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 44,28 | 55,32 | 49,39 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 5,93 |
| 700 | Buprenorphinum | Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. | 05909990938087 | 2018-09-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 66,42 | 80,73 | 74,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,85 |
| 701 | Buprenorphinum | Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. | 05909990938087 | 2018-09-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 66,42 | 80,73 | 74,08 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,65 |
| 702 | Buprenorphinum | Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. | 05909990938131 | 2018-09-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 88,56 | 105,82 | 98,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,25 |
| 703 | Buprenorphinum | Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. | 05909990938131 | 2018-09-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 88,56 | 105,82 | 98,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 7,05 |
| 704 | Buprenorphinum | Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966127 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 48,08 | 59,31 | 49,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,12 |
| 705 | Buprenorphinum | Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966127 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 48,08 | 59,31 | 49,39 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 9,92 |
| 706 | Buprenorphinum | Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966226 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 72,95 | 87,59 | 74,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 16,71 |
| 707 | Buprenorphinum | Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966226 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 72,95 | 87,59 | 74,08 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 13,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 708 | Buprenorphinum | Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966325 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 98,80 | 116,57 | 98,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 21,00 |
| 709 | Buprenorphinum | Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966325 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 98,80 | 116,57 | 98,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 17,80 |
| 710 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05902023776304 | 2019-07-01 | 3 lata | 182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron | 20,50 | 27,27 | 27,27 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,18 |
| 711 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997201450 | 2019-03-01 | 3 lata | 182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron | 20,52 | 27,28 | 27,28 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,18 |
| 712 | Buspironum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997213538 | 2019-07-01 | 3 lata | 182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron | 19,98 | 26,71 | 26,71 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,01 |
| 713 | Buspironum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990073603 | 2019-01-01 | 3 lata | 182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron | 29,38 | 36,57 | 27,28 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 17,47 |
| 714 | Buspironum | Spamilan, tabl., 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990073597 | 2019-01-01 | 3 lata | 182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron | 17,17 | 21,68 | 13,64 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 12,13 |
| 715 | Busulfanum | Myleran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990277919 | 2019-11-01 | 3 lata | 236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan | 186,38 | 213,09 | 213,09 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 716 | Calcii folinas | Calciumfolinat-Ebewe, kaps. twarde, 15 mg | 20 szt. | 05909990356713 | 2019-01-01 | 3 lata | 215.1, Kwas folinowy i jego sole - postacie do stosowania doustnego | 21,60 | 28,58 | 28,58 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 717 | Calcipotriolum + Betamethasone dipropionate | Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g | 60 g | 05909991283599 | 2019-09-01 | 2 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 155,93 | 177,33 | 115,66 | Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych | | 30% | 96,37 |
| 718 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet , żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 30 g | 05909990948376 | 2020-11-01 | 10 miesięcy | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 72,36 | 85,58 | 57,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 45,10 |
| 719 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet , żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909990948383 | 2020-11-01 | 10 miesięcy | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 144,72 | 165,56 | 115,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 84,60 |
| 720 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 05909991409999 | 2020-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 97,20 | 115,66 | 115,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 34,70 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 721 | Canagliflozinum | Invokana, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991096106 | 2019-11-01 | 2 lata | 251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny | 160,38 | 184,94 | 178,14 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 % 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% | 60,24 |
| 722 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabletki, 32 mg | 30 szt. | 05909991438876 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,85 | 41,43 | 38,61 | 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% | 14,40 |
| 723 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 16 mg | 28 szt. | 05909991389468 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,34 | 20,36 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,75 |
| 724 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991392475 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,58 | 21,66 | 18,02 | 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% | 9,05 |
| 725 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 16 mg | 56 szt. | 05909991389475 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,67 | 38,82 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,59 |
| 726 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991392482 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,16 | 41,45 | 36,04 | 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% | 16,22 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 727 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 32 mg | 28 szt. | 05909991389512 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,67 | 38,82 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,59 |
| 728 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991395100 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,16 | 41,45 | 36,04 | 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% | 16,22 |
| 729 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 8 mg | 28 szt. | 05909991389420 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,67 | 10,62 | 9,01 | 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% | 4,31 |
| 730 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909991390242 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,29 | 11,27 | 9,01 | 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% | 4,96 |
| 731 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 8 mg | 56 szt. | 05909991389437 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,34 | 20,36 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,75 |
| 732 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 56 szt. | 05909991390259 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,58 | 21,66 | 18,02 | 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% | 9,05 |
| 733 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990801350 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,57 | 27,95 | 18,02 | 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% | 15,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 734 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990801367 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,29 | 14,42 | 9,01 | 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% | 8,11 |
| 735 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 16 + 10 mg | 28 szt. | 03838989720544 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 23,53 | 18,02 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 10,92 |
| 736 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 16 + 5 mg | 28 szt. | 05909991367732 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 23,53 | 18,02 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 10,92 |
| 737 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 8 + 5 mg | 28 szt. | 05909991367510 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,18 | 12,21 | 9,01 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 5,90 |
| 738 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 10 mg | 30 kaps. | 05906414002140 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,30 | 32,07 | 19,31 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 18,55 |
| 739 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg | 90 kaps. | 05906414002171 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 78,84 | 91,71 | 57,92 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 51,17 |
| 740 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 5 mg | 30 kaps. | 05906414002089 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,30 | 32,07 | 19,31 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 18,55 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 741 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg | 90 kaps. | 05906414002119 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 78,84 | 91,71 | 57,92 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 51,17 |
| 742 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 10 mg | 30 kaps. | 05906414002027 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,15 | 16,52 | 9,65 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 9,77 |
| 743 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg | 90 kaps. | 05906414002058 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,42 | 47,21 | 28,96 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 26,94 |
| 744 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 5 mg | 30 kaps. | 05906414001969 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,15 | 16,52 | 9,65 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 9,77 |
| 745 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg | 90 kaps. | 05906414001990 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,42 | 47,21 | 28,96 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 26,94 |
| 746 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 16 + 10 mg | 28 szt. | 05909991191832 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,96 | 22,06 | 18,02 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 9,45 |
| 747 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 16 + 5 mg | 28 szt. | 05909991418076 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,96 | 22,06 | 18,02 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 9,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 748 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 8 + 5 mg | 28 szt. | 05909991191764 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,48 | 11,47 | 9,01 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 5,16 |
| 749 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432300 | 2021-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,06 | 22,16 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,55 |
| 750 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432324 | 2021-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,13 | 42,48 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,25 |
| 751 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991428112 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 46,62 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,59 |
| 752 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, tabl., 16 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990430123 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,47 | 28,88 | 18,02 | 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% | 16,27 |
| 753 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, tabl., 8 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990430017 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,23 | 15,27 | 4,51 | 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% | 12,11 |
| 754 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, tabl., 8 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990430024 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,06 | 14,18 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,87 |
| 755 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990739653 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,28 | 26,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,99 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 756 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909990739707 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,92 | 42,25 | 36,04 | 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% | 17,02 |
| 757 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 8 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990739592 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 13,91 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,60 |
| 758 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 16 mg | 28 tabl. | 05909990937172 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,44 | 24,66 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,05 |
| 759 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909990937196 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,70 | 50,42 | 36,04 | 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% | 25,19 |
| 760 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990937264 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,88 | 47,45 | 36,04 | 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% | 22,22 |
| 761 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 8 mg | 28 tabl. | 05909990937080 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,72 | 12,78 | 9,01 | 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% | 6,47 |
| 762 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 8 mg | 56 szt. | 05909990937103 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,85 | 26,14 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,53 |
| 763 | Candesartanum cilexetilum | Kandesar, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990962945 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,44 | 24,66 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 764 | Candesartanum cilexetilum | Kandesar, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990962839 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,72 | 12,78 | 9,01 | 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% | 6,47 |
| 765 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990772193 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,68 | 28,06 | 18,02 | 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% | 15,45 |
| 766 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 56 tabl. | 05909990772209 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,34 | 51,09 | 36,04 | 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% | 25,86 |
| 767 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990772230 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,34 | 51,09 | 36,04 | 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% | 25,86 |
| 768 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990772162 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,34 | 14,48 | 9,01 | 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% | 8,17 |
| 769 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 56 tabl. | 05909990772179 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,00 | 28,40 | 18,02 | 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% | 15,79 |
| 770 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800629 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,22 | 25,48 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,87 |
| 771 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991063702 | 2018-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,34 | 46,89 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,66 |
| 772 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909991064051 | 2018-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,34 | 46,89 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 773 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800360 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,64 | 13,74 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,43 |
| 774 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candesartan + Hydrochlorothiazide Vitama, tabletki, 16+12,5 mg | 28 tabl. | 05909991245610 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 23,53 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,92 |
| 775 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candesartan + Hydrochlorothiazide Vitama, tabletki, 8+12,5 mg | 28 tabl. | 05909991245528 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,18 | 12,21 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,90 |
| 776 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991415907 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,28 | 22,39 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,78 |
| 777 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990957255 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,07 |
| 778 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909990957279 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,70 | 50,42 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 25,19 |
| 779 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg | 28 tabl. | 05909991057596 | 2017-03-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,42 | 48,02 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,79 |
| 780 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg | 28 tabl. | 05909991058609 | 2017-03-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,42 | 48,02 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,79 |
| 781 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990957170 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,21 | 13,29 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,98 |
| 782 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 56 szt. | 05909990957194 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,85 | 26,14 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,53 |
| 783 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865178 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,68 | 28,06 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,45 |
| 784 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909990865185 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,55 | 51,31 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,08 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 785 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 84 szt. | 05909991136840 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 60,60 | 72,26 | 54,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 34,42 |
| 786 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865222 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,55 | 51,31 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,08 |
| 787 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909990865260 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,55 | 51,31 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,08 |
| 788 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865130 | 2021-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 13,18 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,87 |
| 789 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg | 56 szt. | 05909990865147 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,28 | 26,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,99 |
| 790 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 84 szt. | 05909991136833 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,29 | 37,40 | 27,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,48 |
| 791 | Carbamazepinum | Amizepin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909990043910 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 14,31 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; 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 | 7,17 |
| 792 | Carbamazepinum | Amizepin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909990043910 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 14,31 | 10,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,97 |
| 793 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 13,75 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,61 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 794 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 13,75 | 10,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,41 |
| 795 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 13,75 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,61 |
| 796 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 13,75 | 10,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,41 |
| 797 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,75 | 15,82 | 12,41 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,61 |
| 798 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,75 | 15,82 | 12,41 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,41 |
| 799 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 19,53 | 25,32 | 20,69 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; 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 | 7,83 |
| 800 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 19,53 | 25,32 | 20,69 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 801 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990244515 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,82 | 16,39 | 15,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; 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 | 4,07 |
| 802 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990244515 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,82 | 16,39 | 15,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,87 |
| 803 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990244614 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 23,63 | 31,03 | 31,03 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; 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 |
| 804 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990244614 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 23,63 | 31,03 | 31,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 805 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 100 ml | 05909990341917 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 6,48 | 9,21 | 8,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; 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 | 4,19 |
| 806 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 100 ml | 05909990341917 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 6,48 | 9,21 | 8,22 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,99 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 807 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 15,12 | 20,56 | 20,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; 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 |
| 808 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 15,12 | 20,56 | 20,56 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 809 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990120215 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,88 | 15,45 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; 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 | 8,31 |
| 810 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990120215 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,88 | 15,45 | 10,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 5,11 |
| 811 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990120116 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 12,10 | 16,19 | 12,41 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,98 |
| 812 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990120116 | 2019-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 12,10 | 16,19 | 12,41 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,78 |
| 813 | Carvedilolum | Atram 12,5, tabl., 12.5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990570430 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,98 | 9,59 | 3,88 | 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% | 6,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 814 | Carvedilolum | Atram 25, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570409 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,53 | 13,37 | 7,76 | 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% | 7,94 |
| 815 | Carvedilolum | Atram 6,25, tabl., 6.25 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990570454 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,36 | 7,29 | 1,94 | 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% | 5,93 |
| 816 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 12.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074099 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,79 | 10,44 | 3,88 | 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% | 7,72 |
| 817 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074129 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,44 | 14,32 | 7,76 | 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% | 8,89 |
| 818 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 6.25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074051 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,69 | 7,62 | 1,94 | 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% | 6,26 |
| 819 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990727148 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,21 | 9,83 | 3,88 | 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% | 7,11 |
| 820 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990727193 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,80 | 13,65 | 7,76 | 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% | 8,22 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 821 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990727100 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,26 | 7,17 | 1,94 | 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% | 5,81 |
| 822 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 12.5 mg | 30 szt. | 05909991017019 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,13 | 10,80 | 3,88 | 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% | 8,08 |
| 823 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991017118 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,29 | 14,16 | 7,76 | 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% | 8,73 |
| 824 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 3.125 mg | 30 szt. | 05909991016814 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,34 | 8,01 | 0,97 | 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% | 7,33 |
| 825 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 6.25 mg | 30 szt. | 05909991016913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,70 | 7,64 | 1,94 | 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% | 6,28 |
| 826 | Carvedilolum | Coryol, tabl., 6.25 mg | 30 szt. | 05909990983315 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,70 | 7,64 | 1,94 | 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% | 6,28 |
| 827 | Carvedilolum | Coryol 12,5 mg, tabl., 12.5 mg | 30 szt. | 05909990216505 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,86 | 10,51 | 3,88 | 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% | 7,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 828 | Carvedilolum | Coryol 25 mg, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990216567 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,02 | 13,88 | 7,76 | 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% | 8,45 |
| 829 | Carvedilolum | Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg | 30 szt. | 05909990216604 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,34 | 8,01 | 0,97 | 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% | 7,33 |
| 830 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 12.5 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990048496 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 27,00 | 31,87 | 12,93 | 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% | 22,82 |
| 831 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 12.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048489 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,86 | 10,51 | 3,88 | 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% | 7,79 |
| 832 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990048540 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 35,10 | 42,38 | 25,86 | 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% | 24,28 |
| 833 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048502 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,34 | 14,22 | 7,76 | 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% | 8,79 |
| 834 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 6.25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990048472 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 20,52 | 23,56 | 6,46 | 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% | 19,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 835 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 6.25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048465 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,70 | 7,64 | 1,94 | 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% | 6,28 |
| 836 | Carvedilolum | Symtrend, tabl. powl., 12.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074754 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,48 | 9,06 | 3,88 | 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% | 6,34 |
| 837 | Carvedilolum | Symtrend, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074662 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,63 | 11,37 | 7,76 | 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% | 5,94 |
| 838 | Carvedilolum | Symtrend, tabl. powl., 6.25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074792 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,20 | 7,11 | 1,94 | 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% | 5,75 |
| 839 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687909 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,26 | 11,98 | 3,88 | 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% | 9,26 |
| 840 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12.5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687930 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 20,52 | 23,86 | 7,76 | 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% | 18,43 |
| 841 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687862 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 13,28 | 16,25 | 7,76 | 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% | 10,82 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 842 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687879 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 24,84 | 30,00 | 15,51 | 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% | 19,14 |
| 843 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6.25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687886 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,48 | 7,40 | 1,94 | 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% | 6,04 |
| 844 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6.25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687893 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,96 | 14,82 | 3,88 | 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% | 12,10 |
| 845 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990137411 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 15,88 | 20,31 | 13,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,71 |
| 846 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990137428 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 20,20 | 25,55 | 17,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,75 |
| 847 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990137510 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 31,32 | 38,59 | 26,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,40 |
| 848 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990137527 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 37,04 | 45,65 | 35,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,06 |
| 849 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 100 ml (63,47 g) | 05909997207827 | 2019-07-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 23,47 | 31,39 | 31,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,70 |
| 850 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990775910 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 38,88 | 48,12 | 39,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 851 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990775927 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 46,44 | 57,52 | 52,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 31,13 |
| 852 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg | 10 szt. | 05909990676514 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,76 | 28,53 | 12,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,22 |
| 853 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 10 szt. | 05909990676613 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,69 | 31,24 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,82 |
| 854 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 14 szt. | 05909990676620 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,85 | 43,02 | 23,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 31,23 |
| 855 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 10 szt. | 05909990676712 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 43,42 | 51,21 | 25,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 38,58 |
| 856 | Cefadroxilum | Biodroxil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 0.25 g/5 ml | 60 ml (45 g) | 05909990780211 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 7,51 | 10,95 | 10,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,67 |
| 857 | Cefadroxilum | Biodroxil, tabl. powl., 1000 mg | 12 szt. | 05909990780518 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,22 | 25,02 | 20,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,91 |
| 858 | Cefadroxilum | Biodroxil, kaps., 500 mg | 12 szt. | 05909990780419 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,45 | 15,01 | 10,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,96 |
| 859 | Cefadroxilum | Biodroxil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 45 g (60 ml) | 05909990780310 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,31 | 17,84 | 17,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,92 |
| 860 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg | 26 ml | 05909990059515 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 10,49 | 14,40 | 10,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,92 |
| 861 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg | 17 ml | 05909990806812 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 3,37 | 4,18 | 1,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 862 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg | 17 ml | 05909990806911 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 4,99 | 6,52 | 3,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,69 |
| 863 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg | 17 ml | 05909990059416 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 5,70 | 7,92 | 5,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,18 |
| 864 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 125 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990063727 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,14 | 15,33 | 8,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,12 |
| 865 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 125 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990063734 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,00 | 21,26 | 11,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,37 |
| 866 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990063840 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,29 | 29,77 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,35 |
| 867 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990063857 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,09 | 38,02 | 23,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,23 |
| 868 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990063697 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,88 | 41,18 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,34 |
| 869 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990063703 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,81 | 51,18 | 47,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 27,60 |
| 870 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991255145 | 2019-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,82 | 18,79 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,37 |
| 871 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991255152 | 2019-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,33 | 25,68 | 23,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 872 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991255183 | 2019-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,15 | 34,12 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,28 |
| 873 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991255190 | 2019-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,51 | 48,77 | 47,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,19 |
| 874 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 250 mg | 10 szt. | 05909991353469 | 2019-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,99 | 16,86 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,44 |
| 875 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 500 mg | 10 szt. | 05909991353483 | 2019-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,98 | 31,83 | 31,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,92 |
| 876 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 500 mg | 14 szt. | 05909991353490 | 2019-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,57 | 43,58 | 43,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,79 |
| 877 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 50 ml (46,2 g) (prosz.) | 05909991009212 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 15,01 | 20,10 | 17,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,30 |
| 878 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 88,2 g prosz. (1 but.po 100 ml) | 05909991009229 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 27,00 | 35,11 | 35,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,56 |
| 879 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg | 10 tabl. | 05909991263331 | 2017-07-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,47 | 17,36 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,94 |
| 880 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg | 14 tabl. | 05909991263355 | 2017-07-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,63 | 24,94 | 23,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,15 |
| 881 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg | 20 tabl. | 05909991263362 | 2017-07-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,06 | 32,97 | 32,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 882 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 50 ml (46,2 g) (prosz.) | 05909991009113 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 27,00 | 35,11 | 35,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,56 |
| 883 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 88,2 g prosz. (1 but.po 100 ml) | 05909991009120 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 54,00 | 66,89 | 66,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 33,45 |
| 884 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 10 tabl. | 05909991263386 | 2017-09-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,25 | 32,12 | 32,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,06 |
| 885 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 14 tabl. | 05909991263409 | 2017-09-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,45 | 48,70 | 47,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,12 |
| 886 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 20 tabl. | 05909991263416 | 2017-05-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 50,33 | 62,91 | 62,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 31,46 |
| 887 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991231125 | 2018-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,20 | 18,13 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,71 |
| 888 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991231149 | 2018-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,48 | 24,78 | 23,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,99 |
| 889 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991231194 | 2018-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,41 | 34,39 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,55 |
| 890 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991231217 | 2018-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,97 | 47,15 | 47,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,58 |
| 891 | Cefuroximum | Tarsime, tabletki powlekane, 250 mg | 10 tabl. | 05909990971428 | 2019-05-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,20 | 18,13 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,71 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 892 | Cefuroximum | Tarsime, tabletki powlekane, 500 mg | 10 szt. | 05909990971435 | 2019-05-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,88 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,04 |
| 893 | Cefuroximum | Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990224951 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 20,15 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,73 |
| 894 | Cefuroximum | Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05907626701753 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,28 | 25,62 | 23,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,83 |
| 895 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991265328 | 2019-07-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,24 | 34,21 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,37 |
| 896 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. powlekane, 500 mg | 10 szt. | 05909991217860 | 2018-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,68 | 34,68 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,84 |
| 897 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990224456 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,16 | 37,28 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,44 |
| 898 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 14 szt. | 05907626701760 | 2018-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 48,02 | 47,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,44 |
| 899 | Cefuroximum | Zamur 250, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990216383 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,58 | 19,58 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,16 |
| 900 | Cefuroximum | Zamur 250, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991067946 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,41 | 26,81 | 23,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,02 |
| 901 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990216390 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,16 | 37,28 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 902 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991067953 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,82 | 51,20 | 47,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 27,62 |
| 903 | Cefuroximum | Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań i infuzji, 1500 mg | 10 fiol. | 05909990069927 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 91,80 | 109,71 | 109,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 54,86 |
| 904 | Cefuroximum | Zinacef, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań lub roztworu do wstrzykiwań i infuzji, 750 mg | 10 fiol. | 05909990069828 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 45,90 | 57,52 | 54,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 30,09 |
| 905 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 125 mg | 10 szt. | 05909990083213 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,18 | 14,32 | 8,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,11 |
| 906 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 42,20 g granulatu (1 but.po 50 ml) | 05909990051335 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 14,47 | 19,52 | 17,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,72 |
| 907 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 84,40 g granulatu (1 but.po 100 ml) | 05909990051342 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 27,32 | 35,44 | 35,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,85 |
| 908 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909997196350 | 2019-03-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,21 | 18,14 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,72 |
| 909 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991260071 | 2020-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,28 | 18,21 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,79 |
| 910 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909997201559 | 2018-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,49 | 18,43 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,01 |
| 911 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990083312 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,17 | 22,30 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,88 |
| 912 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 39,98 g granulatu (1 but.po 50 ml) | 05909990468812 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 27,08 | 35,19 | 35,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 913 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997210605 | 2018-07-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,61 | 32,50 | 32,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,25 |
| 914 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991283575 | 2020-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,84 | 32,74 | 32,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,37 |
| 915 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991359331 | 2020-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,84 | 32,74 | 32,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,37 |
| 916 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997200118 | 2018-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,38 | 33,31 | 33,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,66 |
| 917 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991399290 | 2021-05-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,38 | 33,31 | 33,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,66 |
| 918 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997196077 | 2019-03-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,49 | 33,42 | 33,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,71 |
| 919 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991260095 | 2020-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,87 | 33,82 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,98 |
| 920 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990083411 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,35 | 38,53 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,69 |
| 921 | Cefuroximum | Zinnat, tabletki powlekane, 500 mg | 10 tabl. | 05909991272531 | 2017-07-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,88 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,04 |
| 922 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991418212 | 2020-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,56 | 44,62 | 44,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 923 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991425203 | 2020-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,78 | 44,84 | 44,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,42 |
| 924 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990083435 | 2019-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 41,04 | 51,42 | 47,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 27,84 |
| 925 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991082932 | 2019-03-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,91 | 18,88 | 16,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,46 |
| 926 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991082949 | 2019-03-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,30 | 35,33 | 33,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,49 |
| 927 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991401641 | 2020-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,99 | 47,17 | 47,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,59 |
| 928 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, tabl. powl., 10 mg | 30 tabl. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990569441 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 14,86 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,81 |
| 929 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, syrop, 5 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990851119 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 9,98 | 13,00 | 8,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 6,81 |
| 930 | Cetirizini dihydrochloridum | Cetirizine Genoptim, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990969739 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,64 | 12,60 | 12,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 3,78 |
| 931 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 but. 20 ml | 05909991386672 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,77 | 16,56 | 16,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 4,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 932 | Cetirizinum | Alermed, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990910793 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 14,87 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,82 |
| 933 | Cetirizinum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 10 ml w but. z kroplomierzem | 05909991103811 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,79 | 9,65 | 8,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 3,46 |
| 934 | Cetirizinum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 20 ml w but. z kroplomierzem | 05909991103835 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,99 | 16,79 | 16,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,04 |
| 935 | Cetirizinum | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 20 szt. | 05909990410729 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,48 | 9,33 | 8,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 3,30 |
| 936 | Cetirizinum | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990410736 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,15 | 14,19 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,14 |
| 937 | Cetirizinum | Amertil, tabletki powlekane, 10 mg | 60 tabl. | 05907695215250 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,41 | 25,93 | 25,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 7,84 |
| 938 | Cetirizinum | Letizen, tabl. powl., 10 mg | 20 szt. | 05909990869725 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,13 | 10,03 | 8,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 4,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 939 | Cetirizinum | Zyrtec, roztwór do stosowania doustnego, 1 mg/ml | 75 ml | 05909990781515 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 8,74 | 11,20 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 6,56 |
| 940 | Cetirizinum | Zyrtec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990184637 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,47 | 18,71 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,66 |
| 941 | Cetirizinum | Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml | 20 ml | 05909990184736 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,85 | 17,69 | 17,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,31 |
| 942 | Cetrorelixum | Cetrotide, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 0.25 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. | 05909990488926 | 2018-07-01 | 3 lata | 78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony | 108,00 | 127,46 | 125,19 | Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli | | 50% | 64,87 |
| 943 | Chlorambucilum | Leukeran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990345618 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl | 80,00 | 96,70 | 96,70 | Nowotwory złośliwe | amyloidoza | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 944 | Chloroquinum | Arechin, tabl., 250 mg | 30 tabl. | 05909991139582 | 2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina | 14,20 | 19,39 | 19,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna | 30% | 5,82 |
| 945 | Chlorprothixenum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990203017 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,20 | 10,54 | 6,24 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 7,50 |
| 946 | Chlorprothixenum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990203017 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,20 | 10,54 | 6,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 947 | Chlorprothixenum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990203116 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,31 | 20,80 | 20,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 3,20 |
| 948 | Chlorprothixenum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990203116 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,31 | 20,80 | 20,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,24 |
| 949 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 123,12 | 144,24 | 144,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,80 |
| 950 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 60 daw. | 05909990218530 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 61,56 | 75,60 | 72,12 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,88 |
| 951 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 81,00 | 96,01 | 72,12 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 30,29 |
| 952 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 60 daw. | 05909990218523 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 40,50 | 49,88 | 36,06 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 17,02 |
| 953 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990787463 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 238,08 | 268,46 | 268,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 954 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990787289 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 53,95 | 67,13 | 67,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,30 |
| 955 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990787357 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,89 | 134,06 | 134,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 956 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 kaps.) | 05909990946624 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 238,14 | 268,53 | 268,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,61 |
| 957 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990946716 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 277,02 | 310,64 | 310,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 958 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990946426 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 53,95 | 67,13 | 67,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,30 |
| 959 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 kaps.) | 05909990946525 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,89 | 134,06 | 134,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 960 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg | 60 szt. | 05909990406111 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 46,72 | 55,86 | 32,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 26,89 |
| 961 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990336814 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 250,01 | 280,98 | 268,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 16,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 962 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | but. 50 ml | 05909990336913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 320,11 | 355,89 | 310,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 48,45 |
| 963 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990336616 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 62,45 | 76,05 | 67,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 12,22 |
| 964 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990336715 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 124,68 | 145,39 | 134,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 14,53 |
| 965 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990678648 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,78 | 8,82 | 2,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,82 |
| 966 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 2.5 mg | 28 szt. | 05909990678655 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,05 | 14,19 | 4,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 967 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990678679 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,39 | 23,16 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,22 |
| 968 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 0.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990066636 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 4,75 | 5,32 | 1,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,32 |
| 969 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990066667 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,15 | 9,22 | 2,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,22 |
| 970 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990066780 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,82 | 16,17 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,06 |
| 971 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990066803 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,02 | 26,09 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 21,87 |
| 972 | Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum | Cazacombi, tabl. powl., 5+12,5 mg | 28 szt. | 05909990781676 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,43 | 23,20 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,26 |
| 973 | Ciprofibratum | Lipanor, kaps., 100 mg | 30 kaps. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990376612 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 20,20 | 25,56 | 18,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,79 |
| 974 | Ciprofloxacinum | Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990499113 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,56 | 10,09 | 7,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,42 |
| 975 | Ciprofloxacinum | Ciprinol, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990066414 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 5,39 | 6,76 | 3,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,93 |
| 976 | Ciprofloxacinum | Ciprinol, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990066216 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,88 | 10,42 | 7,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,75 |
| 977 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990308514 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 5,39 | 6,76 | 3,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 978 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powl., 500 mg | 10 tabl. (blist.) | 05909990334964 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,94 | 10,49 | 7,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,82 |
| 979 | Ciprofloxacinum | Cipropol, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990308712 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 5,18 | 6,54 | 3,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,71 |
| 980 | Ciprofloxacinum | Cipropol, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990729012 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,88 | 10,42 | 7,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,75 |
| 981 | Ciprofloxacinum | Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909991033514 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 5,18 | 6,54 | 3,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,71 |
| 982 | Ciprofloxacinum | Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909991033613 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,83 | 10,37 | 7,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,70 |
| 983 | Clarithromycinum | Apiclar, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991311230 | 2020-09-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,69 | 12,60 | 12,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,30 |
| 984 | Clarithromycinum | Apiclar, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991311285 | 2020-09-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,39 | 23,74 | 23,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,87 |
| 985 | Clarithromycinum | Fromilid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 60 ml (25 g) | 05909990818013 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,53 | 17,43 | 16,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,18 |
| 986 | Clarithromycinum | Fromilid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 60 ml (25 g) | 05909990059522 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 22,09 | 29,82 | 29,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,91 |
| 987 | Clarithromycinum | Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990773626 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,63 | 18,84 | 12,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,50 |
| 988 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990781010 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,52 | 27,03 | 25,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 989 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg | 28 szt. | 05909991036546 | 2021-05-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 48,16 | 48,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,08 |
| 990 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990081165 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,80 | 19,02 | 12,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,68 |
| 991 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991260255 | 2019-05-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,88 | 22,16 | 22,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,08 |
| 992 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991257316 | 2019-05-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,09 | 22,37 | 22,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,19 |
| 993 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990045532 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,95 | 25,38 | 25,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,69 |
| 994 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990045549 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,05 | 35,16 | 35,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,58 |
| 995 | Clarithromycinum | Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990620654 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 20,52 | 27,50 | 27,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,75 |
| 996 | Clarithromycinum | Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909990620647 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,31 | 17,19 | 16,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,94 |
| 997 | Clarithromycinum | Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990620678 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 43,47 | 54,73 | 54,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 27,37 |
| 998 | Clarithromycinum | Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909990620661 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 27,11 | 35,10 | 33,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 999 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 100 ml | 05909990331727 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 22,03 | 29,08 | 27,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,33 |
| 1000 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 60 ml | 05909990331710 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 13,28 | 18,20 | 16,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,95 |
| 1001 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990331819 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,31 | 15,56 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,03 |
| 1002 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990331826 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,23 | 21,57 | 12,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,23 |
| 1003 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 100 ml | 05909990780631 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 43,74 | 55,02 | 55,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 27,51 |
| 1004 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 60 ml | 05909990780624 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 26,57 | 34,53 | 33,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,03 |
| 1005 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990719419 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,91 | 41,09 | 25,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,40 |
| 1006 | Clarithromycinum | Klarmin, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991030223 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,66 | 18,87 | 12,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,53 |
| 1007 | Clarithromycinum | Klarmin, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991030117 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,98 | 25,41 | 25,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,72 |
| 1008 | Clarithromycinum | Lekoklar, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 68,3 g | 05909990946075 | 2019-11-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 18,42 | 25,29 | 25,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1009 | Clarithromycinum | Lekoklar, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 68,3 g | 05909990946198 | 2019-11-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 36,84 | 47,76 | 47,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,88 |
| 1010 | Clarithromycinum | Lekoklar forte, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991282776 | 2019-11-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,66 | 21,92 | 21,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,96 |
| 1011 | Clarithromycinum | Lekoklar forte, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990952229 | 2019-07-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,36 | 24,76 | 24,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,38 |
| 1012 | Clarithromycinum | Lekoklar forte, tabletki powlekane, 500 mg | 14 tabl. | 05909991316761 | 2017-09-01 | 5 lat | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,66 | 21,92 | 21,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,96 |
| 1013 | Clarithromycinum | Lekoklar mite, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990952205 | 2019-07-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,53 | 13,49 | 12,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,15 |
| 1014 | Clarithromycinum | Taclar, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991023416 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,06 | 25,49 | 25,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,80 |
| 1015 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg | 16 szt. (2 blist.po 8 szt.) | 05909991001438 | 2019-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,43 | 19,84 | 19,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,92 |
| 1016 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 12 szt. (2 blist.po 6 szt.) | 05909991001520 | 2019-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,84 | 31,12 | 30,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,63 |
| 1017 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 16 szt. | 05909991001537 | 2021-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,86 | 37,59 | 37,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,80 |
| 1018 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 30 szt. (5 blist.po 6 szt.) | 05909991001544 | 2019-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 59,61 | 73,08 | 73,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 36,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1019 | Clindamycinum | Clindanea, tabl. powl., 600 mg | 12 szt. | 05909991414207 | 2021-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,60 | 28,77 | 28,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,39 |
| 1020 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 150 mg | 16 kaps. (1 blist.po 16 szt.) | 05909990071210 | 2019-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,26 | 11,57 | 10,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,41 |
| 1021 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 300 mg | 16 kaps. (2 blist.po 8 szt.) | 05909990306435 | 2019-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,21 | 20,66 | 20,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,33 |
| 1022 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 75 mg | 16 kaps. (1 blist.po 16 szt.) | 05909990071111 | 2019-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,90 | 8,84 | 5,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,26 |
| 1023 | Clindamycinum | Klimicin, kaps. twarde, 300 mg | 16 szt. | 05907626707397 | 2019-05-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,96 | 18,30 | 18,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,15 |
| 1024 | Clindamycinum | Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990067510 | 2019-01-01 | 3 lata | 102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego | 24,84 | 32,49 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1025 | Clobetasoli propionas | Dermovate, krem, 0.5 mg/g | 25 g | 05909990004713 | 2019-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 8,32 | 11,19 | 8,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,14 |
| 1026 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml | 50 ml | 05909997013800 | 2019-11-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 12,85 | 17,59 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,48 |
| 1027 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml | 50 ml | 05909990369928 | 2019-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 16,63 | 21,56 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,45 |
| 1028 | Clobetasolum | Dermovate, maść, 0.5 mg/g | 25 g | 05909990004812 | 2019-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 8,32 | 11,19 | 8,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,14 |
| 1029 | Clobetasolum | Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml | 25 ml | 05909990369911 | 2019-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 8,21 | 11,07 | 8,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,02 |
| 1030 | Clobetasolum | Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml | 50 ml | 05909997196497 | 2019-07-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 12,85 | 17,59 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,48 |
| 1031 | Clobetasolum | Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml (0,05%) | 25 ml | 05909997201375 | 2019-07-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 6,43 | 9,20 | 8,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1032 | Clomipraminum | Anafranil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990294916 | 2019-01-01 | 3 lata | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 6,91 | 8,70 | 4,63 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,07 |
| 1033 | Clomipraminum | Anafranil, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990295012 | 2019-01-01 | 3 lata | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 10,91 | 14,66 | 11,57 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,09 |
| 1034 | Clomipraminum | Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 20 szt. | 05909990295111 | 2019-01-01 | 3 lata | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 17,17 | 23,14 | 23,14 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1035 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990135615 | 2019-01-01 | 3 lata | 158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny | 4,10 | 5,16 | 2,89 | Padaczka | | ryczałt | 5,16 |
| 1036 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990135516 | 2019-01-01 | 3 lata | 158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny | 8,10 | 11,56 | 11,56 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1037 | Clopamidum | Clopamid VP, tabl., 20 mg | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 05909990141012 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 3,74 | 7,78 | 7,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,33 |
| 1038 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991397005 | 2020-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 15,12 | 21,39 | 21,39 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,42 |
| 1039 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991251949 | 2019-05-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 15,23 | 21,50 | 21,50 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1040 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991271602 | 2017-03-01 | 5 lat | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 15,44 | 21,72 | 21,72 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,52 |
| 1041 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990754748 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 19,12 | 25,59 | 25,59 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 7,68 |
| 1042 | Clopidogrelum | Areplex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991167011 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 26,89 | 33,74 | 25,59 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 15,83 |
| 1043 | Clopidogrelum | Clopidix, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990625826 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 19,12 | 25,59 | 25,59 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 7,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1044 | Clopidogrelum | Clopidogrel Apotex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990774401 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 19,22 | 25,70 | 25,59 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 7,79 |
| 1045 | Clopidogrelum | Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990768141 | 2021-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 14,53 | 20,77 | 20,77 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,23 |
| 1046 | Clopidogrelum | Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991029388 | 2021-05-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 16,20 | 22,52 | 22,52 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,76 |
| 1047 | Clopidogrelum | Grepid, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990727667 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 15,68 | 21,97 | 21,97 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1048 | Clopidogrelum | Pegorel, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990793730 | 2019-03-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 15,71 | 22,01 | 22,01 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,60 |
| 1049 | Clopidogrelum | Plavocorin, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990762729 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 19,66 | 26,15 | 25,59 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 8,24 |
| 1050 | Clopidogrelum | Vixam, tabl., 75 mg | 30 szt. | 05909990866533 | 2019-05-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 20,51 | 27,27 | 27,27 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 8,18 |
| 1051 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05903792743382 | 2020-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 14,15 | 20,37 | 20,37 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1052 | Clopidogrelum | Zyllt, tabletki powlekane, 75 mg | 28 szt. | 05901878600475 | 2018-07-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 14,53 | 20,77 | 20,77 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,23 |
| 1053 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991109219 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 17,28 | 23,65 | 23,65 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 7,10 |
| 1054 | Clotrimazolum | Clotrimazolum GSK, tabl. dopochwowe, 100 mg | 6 szt. (1 blist.po 6 szt.) | 05909990363711 | 2019-01-01 | 3 lata | 59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym | 7,70 | 10,66 | 8,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,22 |
| 1055 | Cloxacillinum | Syntarpen, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909990295715 | 2019-01-01 | 3 lata | 89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina | 26,78 | 34,84 | 34,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,42 |
| 1056 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 100 tabl. | 05909991327736 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 46,55 | 39,96 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 6,59 |
| 1057 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991327705 | 2021-03-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,35 | 24,71 | 19,98 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,73 |
| 1058 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991327606 | 2021-03-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,84 | 6,53 | 4,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1059 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 100 mg | 50 tabl. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990139521 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,81 | 31,50 | 19,98 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 11,52 |
| 1060 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 25 mg | 50 tabl. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990139422 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 11,66 | 4,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 6,67 |
| 1061 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991373443 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,88 | 24,22 | 19,98 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,24 |
| 1062 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991373382 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,72 | 6,41 | 4,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,42 |
| 1063 | Colecalciferolum | Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml | 10 ml | 05909991047818 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 18.2, Witamina D i jej metabolity - kolekalcyferol i kalcyfediol | 4,86 | 7,13 | 7,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 1064 | Colistinum | Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU | 20 fiol. | 05909990366514 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna | 324,00 | 361,21 | 361,21 | Mukowiscydoza | <1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - profilaktyka u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza; zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza | ryczałt | 3,20 |
| 1065 | Collagenasum | Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g | 20 g | 05909990015412 | 2019-01-01 | 3 lata | 51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran | 31,54 | 40,59 | 40,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1066 | Corifollitropinum alfa | Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg | 1 amp.-strz. 0,5 ml | 05909997077482 | 2020-01-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1237,47 | 1346,97 | 1346,97 | 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 | | ryczałt | 3,20 |
| 1067 | Corifollitropinum alfa | Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg | 1 amp.-strz. 0,5 ml | 05909997077499 | 2020-01-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1237,47 | 1346,97 | 1346,97 | 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 | | ryczałt | 3,20 |
| 1068 | Cyanocobalaminum (vit. B12) | Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990244010 | 2019-01-01 | 3 lata | 26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina | 5,67 | 8,24 | 8,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,47 |
| 1069 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990240814 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-07-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid | 72,36 | 88,08 | 88,08 | 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 |
| 1070 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990240814 | 2019-03-01 | 3 lata | 117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid | 72,36 | 88,08 | 88,08 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1071 | Cyproteroni acetas | Androcur, tabl., 50 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990657476 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej | 39,56 | 49,62 | 42,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 19,90 |
| 1072 | Cyproteroni acetas | Androcur, tabl., 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990657483 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej | 88,56 | 106,14 | 106,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 31,84 |
| 1073 | Cyproteronum + Ethinylestradiolum | Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg | 21 szt. | 05909991039486 | 2018-07-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 7,88 | 10,47 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,36 |
| 1074 | Cyproteronum + Ethinylestradiolum | Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg | 63 szt. | 05909991039509 | 2018-07-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 23,65 | 29,73 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,39 |
| 1075 | Cyproteronum + Ethinylestradiolum | Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990222216 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 9,72 | 12,41 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,30 |
| 1076 | Cyproteronum + Ethinylestradiolum | Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg | 63 szt. (3 blist.po 21 szt.) | 05909990222230 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 29,16 | 35,52 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,18 |
| 1077 | Cyproteronum + Ethinylestradiolum | OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990046171 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 9,00 | 11,65 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,54 |
| 1078 | Cyproteronum + Ethinylestradiolum | OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg | 63 szt. (3 blist.po 21 szt.) | 05909990046188 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 26,78 | 33,02 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1079 | Cyproteronum + Ethinylestradiolum | Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990037773 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 9,29 | 11,95 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,84 |
| 1080 | Cyproteronum + Ethinylestradiolum | Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg | 63 szt. (3 blist.po 21 szt.) | 05909990086788 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 27,97 | 34,27 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,93 |
| 1081 | 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 | <1>2020-09-01/<2>2020-11-01 | 2 lata | 247.0, Szczepionki przeciw grypie | 35,83 | 45,76 | 45,76 | <1>Czynne uodpornienie osób powyżej 65 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które zawarte są w szczepionce; <2>Profilaktyka grypy u kobiet w ciąży, u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia oraz u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego) | | 50% | 22,88 |
| 1082 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 10 szt. | 05909990641253 | 2021-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 38,34 | 45,21 | 20,08 | Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna | | ryczałt | 28,33 |
| 1083 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05909990641260 | <1>2021-03-01/<2>2020-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 115,02 | 130,44 | 60,25 | <1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna | | ryczałt | 73,39 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1084 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05909990641260 | <1>2021-03-01/<2>2020-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 115,02 | 130,44 | 60,25 | <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 88,27 |
| 1085 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909990887453 | 2020-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 115,02 | 132,32 | 82,14 | 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% | 74,82 |
| 1086 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909990641222 | 2021-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 115,02 | 128,56 | 41,08 | Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna | | ryczałt | 90,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1087 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 10000 j.m. (anty-Xa)/0,4 ml | 5 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990958818 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 82,95 | 98,49 | 80,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 21,36 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1088 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 12500 j.m. (anty-Xa)/0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990949519 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 113,38 | 131,86 | 100,41 | 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 zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 34,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1089 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 15000 j.m. (anty-Xa)/0,6 ml | 5 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990949618 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 137,89 | 158,45 | 120,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 41,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1090 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 18000 j.m. (anty-Xa)/0,72 ml | 5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml | 05909990949717 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 156,11 | 178,62 | 144,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 37,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1091 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 2500 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990776412 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 44,38 | 54,27 | 40,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 17,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1092 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990776511 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 92,01 | 108,00 | 80,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 30,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1093 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 7500 j.m. (anty-Xa)/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990949410 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 137,89 | 158,45 | 120,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 41,15 |
| 1094 | Danazolum | Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg | 100 szt. (1 poj.po 100 szt) | 05909990925339 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol | 162,00 | 186,85 | 186,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny | ryczałt | 3,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1095 | Dapagliflozinum | Forxiga, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990975884 | 2019-11-01 | 2 lata | 251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny | 153,90 | 178,14 | 178,14 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 % 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% | 53,44 |
| 1096 | Degareliks | Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg | 2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp. | 05909990774869 | 2019-09-01 | 3 lata | 237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks | 1496,29 | 1619,24 | 1619,24 | Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,48 |
| 1097 | Degareliks | Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg | 1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp. | 05909990774852 | 2019-09-01 | 3 lata | 237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks | 498,71 | 549,24 | 549,24 | Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1098 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991032838 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,12 | 15,20 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,15 |
| 1099 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991032852 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,36 | 42,11 | 38,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,96 |
| 1100 | Desloratadinum | Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909990969371 | 2020-09-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,65 | 15,75 | 13,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,46 |
| 1101 | Desloratadinum | Delortan, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990969654 | 2019-01-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,91 | 12,89 | 12,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,87 |
| 1102 | Desloratadinum | Delortan, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990969678 | 2020-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,63 | 35,03 | 35,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1103 | Desloratadinum | Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990964574 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 13,18 | 17,35 | 13,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,06 |
| 1104 | Desloratadinum | Deslodyna, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990964611 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,91 | 14,99 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,94 |
| 1105 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991359454 | 2019-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,56 | 11,47 | 11,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,44 |
| 1106 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 08901175035427 | 2019-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,53 | 21,86 | 21,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,56 |
| 1107 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991359478 | 2019-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,27 | 31,50 | 31,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,45 |
| 1108 | Desloratadinum | Dynid, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 150 ml | 05909990975921 | 2019-01-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,66 | 15,76 | 13,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,47 |
| 1109 | Desloratadinum | Dynid, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990979981 | 2019-01-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,74 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,69 |
| 1110 | Desloratadinum | Dynid, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05902020241669 | 2019-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,82 | 24,26 | 24,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,28 |
| 1111 | Desloratadinum | Hitaxa, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909990981458 | 2021-03-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 15,55 | 19,85 | 13,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,56 |
| 1112 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2.5 mg | 30 szt. | 05909990981359 | 2021-03-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,40 | 9,79 | 6,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1113 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 30 szt. | 05909990981373 | 2021-03-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,56 | 18,82 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,77 |
| 1114 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909990994533 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,33 | 25,85 | 25,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,76 |
| 1115 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990994540 | 2020-11-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,81 | 36,27 | 36,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,88 |
| 1116 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg | 30 szt. | 05909990068548 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 150,85 | 174,81 | 174,81 | <1>Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 3,20 |
| 1117 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg | 30 szt. | 05909990068548 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 150,85 | 174,81 | 174,81 | <2>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% | 52,44 |
| 1118 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg | 30 szt. | 05909990068579 | 2019-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 301,92 | 337,44 | 337,44 | <1>Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 6,40 |
| 1119 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg | 30 szt. | 05909990068579 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 301,92 | 337,44 | 337,44 | <2>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% | 101,23 |
| 1120 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg | 30 szt. | 05909990068494 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 75,46 | 91,65 | 87,41 | <1>Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 7,44 |
| 1121 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg | 30 szt. | 05909990068494 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 75,46 | 91,65 | 87,41 | <2>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% | 30,46 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1122 | Dexamethasonum | Demezon, tabl., 1 mg | 40 szt. | 05909991389178 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 23,22 | 30,86 | 29,99 | 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 | 4,07 |
| 1123 | Dexamethasonum | Demezon, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991389208 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 46,44 | 58,57 | 58,57 | 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 |
| 1124 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991397524 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 234,36 | 265,21 | 265,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 28,44 |
| 1125 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991397258 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 241,92 | 273,15 | 273,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 28,44 |
| 1126 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991393984 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 46,98 | 59,14 | 59,14 | 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 |
| 1127 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991397319 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 48,38 | 60,61 | 59,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,33 |
| 1128 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991297763 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 252,72 | 284,49 | 284,49 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1129 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991297480 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 50,54 | 62,88 | 59,97 | 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 | 8,60 |
| 1130 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg | 20 szt. | 05909991297879 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 502,20 | 553,08 | 553,08 | 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 | 56,89 |
| 1131 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05909991297633 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 101,09 | 119,95 | 119,95 | 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 |
| 1132 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05904374007854 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 16,96 | 21,96 | 14,99 | 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 | 10,17 |
| 1133 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg | 20 szt. | 05904374007861 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 8,48 | 11,39 | 7,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 7,09 |
| 1134 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg | 20 szt. | 05909990170418 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 8,52 | 11,44 | 7,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 7,14 |
| 1135 | Diazepamum | Relanium, zawiesina doustna, 2 mg/5 ml | 100 g | 05909990264018 | 2019-01-01 | 3 lata | 181.2, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doustnego | 5,40 | 7,87 | 7,87 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1136 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml | 5 wlew.a 2,5 ml | 05909990751518 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki ) | 16,09 | 20,32 | 12,45 | Padaczka | drgawki inne niż określone w ChPL | ryczałt | 11,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1137 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml | 5 wlew.a 2,5 ml | 05909990751617 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki ) | 18,58 | 24,90 | 24,90 | Padaczka | drgawki inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 1138 | Diclofenacum | Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml | 10 amp.po 3 ml | 05909990753024 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 11,50 | 16,01 | 16,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,01 |
| 1139 | Diclofenacum | Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml | 5 amp.po 3 ml | 05909990753017 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 5,72 | 8,31 | 8,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,31 |
| 1140 | Diclofenacum | Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 10 ml (but.) | 05909990074044 | 2019-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 15,12 | 20,56 | 20,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1141 | Diclofenacum | DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990752010 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,96 | 14,41 | 10,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,93 |
| 1142 | Diclofenacum | Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909991026516 | 2019-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 8,53 | 11,84 | 10,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,76 |
| 1143 | Diclofenacum | Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990145317 | 2019-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 7,51 | 10,77 | 10,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,69 |
| 1144 | Diclofenacum | Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 5 amp.po 3 ml | 05909990241910 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 5,78 | 8,38 | 8,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,38 |
| 1145 | Diclofenacum | Naklofen Duo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg | 20 szt. | 05909990487714 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,70 | 9,14 | 7,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,49 |
| 1146 | Diclofenacum | Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990974122 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,45 | 14,92 | 10,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1147 | Diclofenacum | Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990457120 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 16,96 | 22,51 | 21,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,55 |
| 1148 | Diclofenacum | Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990457137 | 2019-11-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 22,68 | 31,11 | 31,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,56 |
| 1149 | Diclofenacum + Lidocainum | Dicloratio, roztwór do wstrzykiwań, (75+20) mg/2 ml | 3 szt. | 05909990413829 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 3,65 | 5,28 | 4,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,88 |
| 1150 | Diclofenacum + Lidocainum | Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990161119 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 10,80 | 13,65 | 8,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,65 |
| 1151 | Diclofenacum natricum | Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 20 szt. | 05909990033614 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,13 | 8,02 | 8,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,01 |
| 1152 | Dienogest | Diemono, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991405120 | 2020-01-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 32,10 | 40,97 | 39,01 | Endometrioza | | ryczałt | 5,16 |
| 1153 | Dienogestum | Aridya, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991430702 | 2021-05-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 27,00 | 35,61 | 35,61 | Endometrioza | | ryczałt | 3,20 |
| 1154 | Dienogestum | Endofemine, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05901797710804 | 2020-09-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 30,24 | 39,01 | 39,01 | Endometrioza | | ryczałt | 3,20 |
| 1155 | Dienogestum | Endovelle, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991398569 | 2020-03-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 30,78 | 39,58 | 39,01 | Endometrioza | | ryczałt | 3,77 |
| 1156 | Dienogestum | Endovelle, tabl., 2 mg | 84 szt. | 05909991398576 | 2020-03-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 92,34 | 110,22 | 110,22 | Endometrioza | | ryczałt | 8,96 |
| 1157 | Dienogestum | Probella, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991396978 | 2020-09-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 32,07 | 40,93 | 39,01 | Endometrioza | | ryczałt | 5,12 |
| 1158 | Dienogestum | Symdieno, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991392871 | 2020-03-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 30,24 | 39,01 | 39,01 | Endometrioza | | ryczałt | 3,20 |
| 1159 | Dienogestum | Visanne, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990776962 | 2019-11-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 110,97 | 123,78 | 39,01 | Endometrioza | | ryczałt | 87,97 |
| 1160 | Dienogestum | Zafrilla, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05907594032552 | 2020-09-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 27,97 | 36,63 | 36,63 | Endometrioza | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1161 | Dihydrocodeinum | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990217045 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 33,71 | 43,21 | 43,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,96 |
| 1162 | Dihydrocodeinum | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990217045 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 33,71 | 43,21 | 43,21 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1163 | Dihydrocodeinum | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg | 60 szt. | 05909990217069 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 55,37 | 67,95 | 64,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,58 |
| 1164 | Dihydrocodeinum | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg | 60 szt. | 05909990217069 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 55,37 | 67,95 | 64,82 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,13 |
| 1165 | Diltiazemum | Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg | 30 tabl. | 05909990482917 | 2019-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,99 | 11,23 | 10,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,78 |
| 1166 | Diltiazemum | Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg | 30 tabl. | 05909990483310 | 2019-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 11,87 | 16,30 | 15,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,52 |
| 1167 | Diltiazemum | Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 tabl. | 05909990213214 | 2019-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,02 | 9,63 | 7,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,84 |
| 1168 | Diltiazemum | Oxycardil 120, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990112616 | 2019-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,86 | 11,09 | 10,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,64 |
| 1169 | Diltiazemum | Oxycardil 180, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990416318 | 2019-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 11,79 | 16,22 | 15,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,44 |
| 1170 | Diltiazemum | Oxycardil 60, tabl. powl., 60 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990121120 | 2019-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,44 | 10,65 | 10,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1171 | 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy | 216,11 | 245,09 | 240,81 | Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych | | ryczałt | 7,48 |
| 1172 | 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy | 216,11 | 245,09 | 240,81 | Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych | | ryczałt | 7,48 |
| 1173 | 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy | 324,00 | 361,21 | 361,21 | Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1174 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991024420 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 58,59 | 71,92 | 71,92 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 21,58 |
| 1175 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 84 szt. | 05907695215380 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 87,88 | 105,20 | 105,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 31,56 |
| 1176 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990683666 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,08 | 36,40 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 10,92 |
| 1177 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990683581 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 15,12 | 20,33 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,59 |
| 1178 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990877669 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 30,20 | 38,63 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 13,15 |
| 1179 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990877553 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 15,40 | 20,62 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,88 |
| 1180 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991403560 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 24,73 | 32,89 | 32,89 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 9,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1181 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991398842 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 12,64 | 17,72 | 17,72 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 5,32 |
| 1182 | Donepezili hydrochloridum | Symepezil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991275778 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 27,00 | 35,27 | 35,27 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 10,58 |
| 1183 | Donepezili hydrochloridum | Symepezil, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991275747 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 13,50 | 18,63 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 5,89 |
| 1184 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990770045 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 30,02 | 38,45 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,97 |
| 1185 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05902020661474 | 2017-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 75,06 | 92,47 | 92,47 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 27,74 |
| 1186 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990770038 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 19,60 | 25,03 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,29 |
| 1187 | Donepezilum | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991024413 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 34,34 | 42,98 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 17,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1188 | Donepezilum | Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991024314 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 19,87 | 25,30 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,56 |
| 1189 | Donepezilum | Donecept, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990689873 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 30,46 | 38,90 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 13,42 |
| 1190 | Donepezilum | Donecept, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990689781 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 14,85 | 20,05 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,31 |
| 1191 | Donepezilum | Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 30 szt. | 05909990851492 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 30,74 | 39,52 | 39,00 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,22 |
| 1192 | Donepezilum | Donepex, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991056018 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,08 | 36,40 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 10,92 |
| 1193 | Donepezilum | Donepex, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991055912 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 14,04 | 19,19 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 6,45 |
| 1194 | Donepezilum | Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990814138 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 18,79 | 26,65 | 26,65 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1195 | Donepezilum | Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990814077 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 9,40 | 14,32 | 14,32 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 4,30 |
| 1196 | Donepezilum | Doneprion, tabl. powl., 10 mg | 28 tabl. | 05909990776900 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 27,00 | 35,27 | 35,27 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 10,58 |
| 1197 | Donepezilum | Doneprion, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990776870 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 15,12 | 20,33 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,59 |
| 1198 | Donepezilum | Donesyn, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990657360 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 29,12 | 37,49 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,01 |
| 1199 | Donepezilum | Donesyn, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990657353 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 15,12 | 20,33 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,59 |
| 1200 | Donepezilum | Pamigen, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990726936 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 29,16 | 37,54 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,06 |
| 1201 | Donepezilum | Pamigen, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990726929 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 14,58 | 19,76 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1202 | Donepezilum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990798940 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 30,46 | 38,90 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 13,42 |
| 1203 | Donepezilum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990798933 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 21,49 | 27,01 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 14,27 |
| 1204 | Donepezilum | Yasnal, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990993314 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 29,70 | 38,11 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,63 |
| 1205 | Donepezilum | Yasnal, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990993215 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 20,09 | 25,54 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,80 |
| 1206 | Donepezilum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990850204 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 29,70 | 38,11 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,63 |
| 1207 | Donepezilum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990850075 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 20,09 | 25,54 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,80 |
| 1208 | Dornasum alfa | Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml | 30 amp.a 2,5 ml | 05909990375813 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 205.2, Leki mukolityczne - dornaza alfa | 2374,92 | 2553,34 | 2553,34 | Mukowiscydoza | pierwotna dyskineza rzęsek | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1209 | Dorzolamidum | Dorzolamid STADA, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990880591 | 2018-11-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 14,30 | 19,19 | 15,67 | Jaskra | | ryczałt | 6,72 |
| 1210 | Dorzolamidum | Dorzoma Mono, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991234904 | 2019-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 14,26 | 19,14 | 15,67 | Jaskra | | ryczałt | 6,67 |
| 1211 | Dorzolamidum | Dropzol, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but. | 05909990838325 | 2019-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 14,90 | 19,82 | 15,67 | Jaskra | | ryczałt | 7,35 |
| 1212 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 butelka 5 ml | 05909991344306 | 2021-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 14,29 | 19,17 | 15,67 | Jaskra | | ryczałt | 6,70 |
| 1213 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki 5 ml | 05909991344313 | 2021-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 42,91 | 53,56 | 47,00 | Jaskra | | ryczałt | 11,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1214 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990942855 | 2019-09-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 17,17 | 22,20 | 15,67 | Jaskra | | ryczałt | 9,73 |
| 1215 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05900257101015 | 2017-07-01 | 5 lat | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 42,92 | 53,57 | 47,00 | Jaskra | | ryczałt | 11,90 |
| 1216 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990643929 | 2019-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 18,79 | 23,90 | 15,67 | Jaskra | | ryczałt | 11,43 |
| 1217 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 x 5 ml | 05906414000962 | 2019-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 44,28 | 54,99 | 47,00 | Jaskra | | ryczałt | 13,32 |
| 1218 | Dorzolamidum | Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990661329 | 2019-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 16,16 | 21,14 | 15,67 | Jaskra | | ryczałt | 8,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1219 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991310936 | 2021-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 14,26 | 19,14 | 15,67 | Jaskra | | ryczałt | 6,67 |
| 1220 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991310943 | 2021-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 42,77 | 53,41 | 47,00 | Jaskra | | ryczałt | 11,74 |
| 1221 | Dorzolamidum + Timololum | Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990442423 | 2019-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 25,53 | 32,31 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 12,01 |
| 1222 | Dorzolamidum + Timololum | Dropzol Tim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990898305 | 2018-11-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 18,99 | 25,44 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 5,14 |
| 1223 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909991340674 | 2021-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 18,99 | 25,44 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 5,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1224 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 05909991340681 | 2021-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 56,96 | 70,31 | 70,31 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1225 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991067267 | 2019-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 22,68 | 29,31 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 9,01 |
| 1226 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05909991067274 | 2019-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 57,15 | 70,50 | 70,50 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1227 | Dorzolamidum + Timololum | Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 5 ml | 05909990866144 | 2019-09-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 19,12 | 25,58 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 5,28 |
| 1228 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990746705 | 2019-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 23,64 | 30,32 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 10,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1229 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 x 5 ml w butelce | 05906414000955 | 2019-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 57,15 | 70,50 | 70,50 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1230 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991311049 | 2021-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 18,96 | 25,42 | 23,50 | Jaskra | | ryczałt | 5,12 |
| 1231 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991311056 | 2021-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 56,89 | 70,23 | 70,23 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1232 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 4,97 | 7,84 | 7,84 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1233 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 4,97 | 7,84 | 7,84 | 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% | 2,35 |
| 1234 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,94 | 14,77 | 14,77 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1235 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,94 | 14,77 | 14,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,43 |
| 1236 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 tabl. | 05909990901890 | 2017-07-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,67 | 8,57 | 8,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1237 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 tabl. | 05909990901890 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,67 | 8,57 | 8,57 | 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% | 2,57 |
| 1238 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 tabl. | 05909990902255 | 2017-07-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,34 | 16,24 | 16,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1239 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 tabl. | 05909990902255 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,34 | 16,24 | 16,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,87 |
| 1240 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 tabl. | 05909990902293 | 2017-07-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 34,02 | 44,46 | 44,46 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 1241 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 tabl. | 05909990902293 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 34,02 | 44,46 | 44,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,34 |
| 1242 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,56 | 12,51 | 4,62 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1243 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,56 | 12,51 | 4,62 | 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% | 9,28 |
| 1244 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,20 | 19,63 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 13,59 |
| 1245 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,20 | 19,63 | 9,24 | 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% | 13,16 |
| 1246 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990969715 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 20,95 | 26,33 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,05 |
| 1247 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990969715 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 20,95 | 26,33 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,39 |
| 1248 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909991271367 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,12 | 44,67 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 14,11 |
| 1249 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909991271367 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,12 | 44,67 | 36,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 18,80 |
| 1250 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 tabl. | 05909990431410 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,66 | 24,97 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1251 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 tabl. | 05909990431410 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,66 | 24,97 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,03 |
| 1252 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg | 30 szt. | 05909990431519 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 44,42 | 53,39 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 22,83 |
| 1253 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg | 30 szt. | 05909990431519 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 44,42 | 53,39 | 36,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 27,52 |
| 1254 | Doxazosinum | Doxagen, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990037957 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,14 | 23,38 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,10 |
| 1255 | Doxazosinum | Doxagen, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990037957 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,14 | 23,38 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,44 |
| 1256 | Doxazosinum | Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990790951 | 2019-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,12 | 24,41 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,13 |
| 1257 | Doxazosinum | Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990790951 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,12 | 24,41 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,47 |
| 1258 | Doxazosinum | Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 90 szt. | 05909990884582 | 2019-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 57,35 | 68,96 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 23,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1259 | Doxazosinum | Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 90 szt. | 05909990884582 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 57,35 | 68,96 | 55,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 30,15 |
| 1260 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854318 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,88 | 13,89 | 4,62 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,47 |
| 1261 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854318 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,88 | 13,89 | 4,62 | 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% | 10,66 |
| 1262 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854417 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,95 | 18,32 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,28 |
| 1263 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854417 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,95 | 18,32 | 9,24 | 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% | 11,85 |
| 1264 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854516 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,79 | 24,06 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,78 |
| 1265 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854516 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,79 | 24,06 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,12 |
| 1266 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484911 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,85 | 14,91 | 4,62 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 13,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1267 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484911 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,85 | 14,91 | 4,62 | 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% | 11,68 |
| 1268 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991276492 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,18 | 7,92 | 7,92 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1269 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991276492 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,18 | 7,92 | 7,92 | 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% | 2,38 |
| 1270 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991298043 | 2017-03-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,35 | 8,10 | 8,10 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1271 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991298043 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,35 | 8,10 | 8,10 | 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% | 2,43 |
| 1272 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990485017 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,82 | 21,33 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 15,29 |
| 1273 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990485017 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,82 | 21,33 | 9,24 | 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% | 14,86 |
| 1274 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 tabl. | 05908289660289 | 2018-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 62,64 | 75,93 | 73,92 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 14,81 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1275 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 tabl. | 05908289660289 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 62,64 | 75,93 | 73,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 24,19 |
| 1276 | Doxazosinum | Doxar, tabletki, 4 mg | 28 szt. | 05909991376475 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,27 | 13,87 | 13,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,16 |
| 1277 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 05909991276508 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,37 | 15,03 | 15,03 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1278 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 05909991276508 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,37 | 15,03 | 15,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,51 |
| 1279 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 05909991298050 | 2017-03-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,69 | 15,36 | 15,36 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1280 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 05909991298050 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,69 | 15,36 | 15,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,61 |
| 1281 | Doxazosinum | Doxar, tabletki, 4 mg | 28 tabl. | 05909991325626 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,72 | 14,35 | 14,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,31 |
| 1282 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990485116 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,47 | 23,72 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1283 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990485116 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,47 | 23,72 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,78 |
| 1284 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991288945 | 2021-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,26 | 15,10 | 15,10 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1285 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991288945 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,26 | 15,10 | 15,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,53 |
| 1286 | Doxazosinum | Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990066797 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,89 | 14,71 | 14,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1287 | Doxazosinum | Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990066797 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,89 | 14,71 | 14,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,41 |
| 1288 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991149611 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,92 | 17,24 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,20 |
| 1289 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991149611 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,92 | 17,24 | 9,24 | 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% | 10,77 |
| 1290 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991149710 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 21,48 | 26,88 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1291 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991149710 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 21,48 | 26,88 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,94 |
| 1292 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909991320737 | 2017-09-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,67 | 8,57 | 8,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1293 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909991320737 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,67 | 8,57 | 8,57 | 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% | 2,57 |
| 1294 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909991320751 | 2017-09-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,34 | 16,24 | 16,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1295 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909991320751 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,34 | 16,24 | 16,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,87 |
| 1296 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 tabl. | 05901720140005 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,36 | 23,61 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,33 |
| 1297 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 tabl. | 05901720140005 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,36 | 23,61 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,67 |
| 1298 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 tabl. | 05901720140012 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 54,43 | 65,89 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 20,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1299 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 tabl. | 05901720140012 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 54,43 | 65,89 | 55,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 27,08 |
| 1300 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990491315 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,93 | 17,25 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,21 |
| 1301 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990491315 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,93 | 17,25 | 9,24 | 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% | 10,78 |
| 1302 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990491414 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,66 | 24,97 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,69 |
| 1303 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990491414 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,66 | 24,97 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,03 |
| 1304 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990022571 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,66 | 24,97 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,69 |
| 1305 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990022571 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,66 | 24,97 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,03 |
| 1306 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 60 szt. | 05909991013820 | 2021-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,70 | 45,29 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 14,73 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1307 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 60 szt. | 05909991013820 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,70 | 45,29 | 36,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 19,42 |
| 1308 | Doxazosinum | Zoxon 1, tabl., 1 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990903320 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,80 | 12,76 | 4,62 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,34 |
| 1309 | Doxazosinum | Zoxon 1, tabl., 1 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990903320 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,80 | 12,76 | 4,62 | 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% | 9,53 |
| 1310 | Doxazosinum | Zoxon 2, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990903429 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,65 | 20,11 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 14,07 |
| 1311 | Doxazosinum | Zoxon 2, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990903429 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,65 | 20,11 | 9,24 | 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% | 13,64 |
| 1312 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990903511 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,36 | 23,61 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,33 |
| 1313 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990903511 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,36 | 23,61 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,67 |
| 1314 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990080267 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 59,71 | 71,44 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 25,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1315 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990080267 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 59,71 | 71,44 | 55,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 32,63 |
| 1316 | Doxycyclinum | Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. | 05909991330576 | 2021-05-01 | 3 lata | 87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina | 5,67 | 8,24 | 8,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,12 |
| 1317 | Doxycyclinum | Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. (2 szt.po 5 szt.) | 05909990072316 | 2019-01-01 | 3 lata | 87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina | 7,56 | 10,23 | 8,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,11 |
| 1318 | Dulaglutidum | Trulicity, roztw. do wstrz., 1.5 mg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 05909991219161 | 2020-01-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 169,02 | 194,21 | 180,03 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI ≥35 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% | 68,19 |
| 1319 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 28 szt. | 05909991324551 | 2020-01-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,98 | 22,61 | 14,10 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 12,74 |
| 1320 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 56 szt. | 05906414003185 | 2020-01-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 32,01 | 39,46 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 19,72 |
| 1321 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 28 szt. | 05909991324537 | 2020-01-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 32,01 | 39,46 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 19,72 |
| 1322 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 56 szt. | 05906414003192 | 2020-01-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 64,02 | 76,19 | 56,40 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 36,71 |
| 1323 | Duloxetinum | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991419776 | 2020-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,64 | 14,90 | 14,10 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,03 |
| 1324 | Duloxetinum | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991419813 | 2020-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,28 | 28,20 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 8,46 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1325 | Duloxetinum | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05901720140296 | 2021-05-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,85 | 15,28 | 15,11 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 4,70 |
| 1326 | Duloxetinum | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg | 30 szt. | 05901720140210 | 2021-05-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,71 | 28,89 | 28,89 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 8,67 |
| 1327 | Duloxetinum | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05901797710644 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,12 | 15,40 | 14,10 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,53 |
| 1328 | Duloxetinum | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05901797710668 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,14 | 29,10 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 9,36 |
| 1329 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991231040 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,64 | 14,90 | 14,10 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,03 |
| 1330 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991231064 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,28 | 28,20 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 8,46 |
| 1331 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991386498 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,45 | 15,75 | 14,10 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,88 |
| 1332 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991222239 | 2020-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,49 | 15,79 | 14,10 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,92 |
| 1333 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991222253 | 2020-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,98 | 29,98 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,24 |
| 1334 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991383688 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,90 | 29,90 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,16 |
| 1335 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991222321 | 2020-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,98 | 29,98 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,24 |
| 1336 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991383695 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 45,79 | 57,05 | 56,40 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 17,57 |
| 1337 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991222345 | 2020-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 45,96 | 57,24 | 56,40 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 17,76 |
| 1338 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg | 28 szt. | 05909991352172 | 2020-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,47 | 43,72 | 42,30 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 14,11 |
| 1339 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991396688 | 2020-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,63 | 14,89 | 14,10 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,02 |
| 1340 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991396664 | 2020-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,27 | 28,18 | 28,18 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 8,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1341 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991249540 | 2020-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,49 | 15,79 | 14,10 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,92 |
| 1342 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991249618 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,98 | 29,98 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,24 |
| 1343 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991249885 | 2020-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,98 | 29,98 | 28,20 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,24 |
| 1344 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991249946 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 45,96 | 57,24 | 56,40 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 17,76 |
| 1345 | Dutasteridum | Adadut, kaps. miękkie, 0.5 mg | 30 szt. | 05909991328696 | 2020-09-01 | 2 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 22,12 | 28,18 | 22,19 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 12,65 |
| 1346 | Dutasteridum | Dutafin, kaps. miękkie, 0.5 mg | 30 szt. | 05909991372606 | 2020-11-01 | 2 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 16,42 | 22,19 | 22,19 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 6,66 |
| 1347 | Empagliflozinum | Jardiance, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991138509 | 2019-11-01 | 2 lata | 251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny | 146,99 | 170,38 | 166,26 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 % 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% | 54,00 |
| 1348 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990015030 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 4,26 | 6,12 | 5,31 | 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 | 4,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1349 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990015054 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,37 | 11,76 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,54 |
| 1350 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990020836 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,88 | 11,24 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,02 |
| 1351 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990020829 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,58 | 20,10 | 20,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 1352 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990014934 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 2,91 | 3,88 | 2,65 | 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 | 3,88 |
| 1353 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990014958 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,31 | 7,23 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1354 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 47,97 | 58,04 | 40,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 21,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1355 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 96,41 | 112,62 | 80,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 35,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1356 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 135,53 | 155,98 | 120,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 38,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1357 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 175,12 | 199,27 | 160,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 42,88 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1358 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 265,39 | 295,47 | 200,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 99,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1359 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990891429 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 292,08 | 324,35 | 240,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 89,76 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1360 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 345,84 | 382,09 | 301,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 88,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1361 | Enoxaparinum natricum | Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz. | 05909991379001 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 156,60 | 181,24 | 181,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1362 | Enoxaparinum natricum | Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz. | 05909991378783 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 31,32 | 40,56 | 40,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 3,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1363 | Enoxaparinum natricum | Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz. | 05909991379186 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 62,64 | 77,16 | 77,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1364 | Enoxaparinum natricum | Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz. | 05909991379100 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 93,96 | 112,33 | 112,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1365 | Enoxaparinum natricum | Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz. | 05909991378943 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 125,28 | 146,93 | 146,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1366 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05906395161096 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 164,16 | 189,18 | 189,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1367 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05906395161010 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 32,83 | 42,14 | 40,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 5,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1368 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05906395161034 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 65,66 | 80,33 | 80,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1369 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05906395161058 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 98,50 | 117,10 | 117,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1370 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05906395161072 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 131,33 | 153,30 | 153,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1371 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161126 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 194,40 | 221,79 | 221,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1372 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161164 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 243,00 | 274,11 | 274,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 |
| 1373 | Enzyma pancreatis | Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy | 50 szt. (1 but.po 50 szt.) | 05909990042579 | 2019-01-01 | 3 lata | 13.0, Enzymy trzustkowe | 47,41 | 57,77 | 45,35 | Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki | | bezpłatny do limitu | 12,42 |
| 1374 | Eprosartanum | Teveten, tabl. powl., 600 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990868414 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,25 | 24,74 | 4,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,58 |
| 1375 | Ergotaminum | Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg | 20 szt. | 05909990211517 | 2019-01-01 | 3 lata | 154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina | 3,48 | 5,11 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1376 | Esomeprazolum | Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 kaps. | 05909990926497 | 2019-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,11 | 8,84 | 8,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,42 |
| 1377 | Esomeprazolum | Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg | 56 kaps. | 05909991074975 | 2019-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,25 | 16,93 | 16,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,47 |
| 1378 | Esomeprazolum | Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 kaps. | 05909990926534 | 2019-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,25 | 16,93 | 16,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,47 |
| 1379 | Esomeprazolum | Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg | 56 kaps. | 05909991074999 | 2019-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 24,49 | 32,06 | 32,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,03 |
| 1380 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990841332 | 2019-03-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,45 | 10,24 | 8,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,82 |
| 1381 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990841363 | 2019-03-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,04 | 18,81 | 17,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,97 |
| 1382 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990876280 | 2019-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,12 | 8,85 | 8,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,43 |
| 1383 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990876778 | 2019-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,27 | 16,95 | 16,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,48 |
| 1384 | Esomeprazolum | Texibax, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909991268275 | 2019-01-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,99 | 8,71 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,36 |
| 1385 | Esomeprazolum | Texibax, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991268282 | 2019-01-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,99 | 16,66 | 16,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,33 |
| 1386 | Estradiolum | Climara-50, system transdermalny, 50 µg/24h | 4 szt. | 05909990458318 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 17,93 | 24,61 | 24,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 7,38 |
| 1387 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 0.5 mg/0,5 g | 28 szt. | 05909990447619 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 26,68 | 31,14 | 11,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 23,28 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1388 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szt. | 05909991382100 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 25,11 | 31,36 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 15,65 |
| 1389 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szt. | 05909990447718 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 33,48 | 40,14 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 24,43 |
| 1390 | Estradiolum | Estrofem, tabl. powl., 2 mg | 28 tabl. | 05909990330713 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 11,43 | 14,20 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 8,69 |
| 1391 | Estradiolum | Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg | 28 tabl. | 05909990823215 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 10,74 | 12,42 | 3,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 9,66 |
| 1392 | Estradiolum | Oesclim 25, system transdermalny, 25 µg/24h | 6 szt. | 05909990761517 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 17,28 | 21,26 | 11,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 13,40 |
| 1393 | Estradiolum | Oesclim 50, system transdermalny, 50 µg/24h | 6 szt. | 05909990761616 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 17,28 | 23,13 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 7,42 |
| 1394 | Estradiolum | Systen 50, system transdermalny, 3.2 mg | 6 szt. | 05909990169214 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 16,63 | 22,45 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 6,74 |
| 1395 | Estradiolum + Drospirenonum | Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg | 28 szt. (1 blist.po 28 szt.) | 05909990221073 | 2019-01-01 | 3 lata | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 38,88 | 43,02 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 37,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1396 | Estradiolum + Dydrogesteronum | Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg | 28 szt. | 05909990973316 | 2019-01-01 | 3 lata | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 19,44 | 22,61 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,10 |
| 1397 | Estradiolum + Medroxyprogesteronum | Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990661411 | 2019-01-01 | 3 lata | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 9,68 | 12,36 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,85 |
| 1398 | Estradiolum + Norethisteroni acetas | Systen Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg | 8 szt. | 05909990444717 | 2020-03-01 | 3 lata | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 31,30 | 37,87 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,16 |
| 1399 | Estradiolum + Norethisteroni acetas | Systen Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg | 8 szt. (4 plastry Systen 50 + 4 plastry Systen Conti) | 05909990444816 | 2020-03-01 | 3 lata | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 22,94 | 29,08 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,37 |
| 1400 | Estradiolum + Norethisteronum | Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg | 28 tabl. | 05909990451210 | 2019-01-01 | 3 lata | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 21,93 | 25,23 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,72 |
| 1401 | Estradiolum + Norethisteronum | Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg | 28 szt. (1 blist.po 28 szt.) | 05909990067794 | 2019-01-01 | 3 lata | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 18,14 | 21,25 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,74 |
| 1402 | Estradiolum + Norethisteronum | Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg | 28 tabl. | 05909990329717 | 2019-01-01 | 3 lata | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 21,20 | 24,46 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,95 |
| 1403 | Estradiolum + Norgestrelum | Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990304219 | 2019-01-01 | 3 lata | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 5,40 | 7,87 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,36 |
| 1404 | Ethambutoli hydrochloridum | Ethambutol Teva, kaps., 250 mg | 250 szt. | 05909990227310 | 2020-03-01 | 3 lata | 240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol | 91,80 | 109,71 | 109,71 | Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1405 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg | 21 szt. | 05909990879458 | 2018-09-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,56 | 8,04 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1406 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Levomine, tabl. powl., 30+150 µg | 63 szt. | 05909990879465 | 2019-03-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 15,66 | 21,34 | 21,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,40 |
| 1407 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990060016 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,72 | 8,20 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,09 |
| 1408 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg | 63 szt. (3 blist.po 21 szt.) | 05909990060023 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 16,20 | 21,91 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,57 |
| 1409 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg | 21 szt. | 05909997223414 | 2019-07-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,40 | 7,87 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,76 |
| 1410 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg | 21 szt. | 05909991383404 | 2019-03-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,40 | 7,87 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,76 |
| 1411 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg | 21 szt. | 05909991383817 | 2019-03-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,40 | 7,87 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,76 |
| 1412 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg | 21 szt. | 05909990873319 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,67 | 8,15 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,04 |
| 1413 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg | 21 tabl. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990072514 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,71 | 8,20 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,09 |
| 1414 | Ethosuximidum | Petinimid, kaps., 250 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990244911 | 2019-01-01 | 3 lata | 157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid | 31,72 | 40,81 | 40,81 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1415 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0.25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990211654 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus | 407,46 | 451,36 | 451,36 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 1416 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0.5 mg | 60 szt. (6 blist. po 10 szt.) | 05909990211357 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus | 840,51 | 917,10 | 917,10 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 1417 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0.75 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990211845 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus | 1273,61 | 1382,34 | 1375,65 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 9,89 |
| 1418 | Exemestanum | Etadron, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990798094 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 62,64 | 74,90 | 55,39 | 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 | 19,51 |
| 1419 | Exemestanum | Glandex, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990812202 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 62,76 | 75,03 | 55,39 | 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 | 19,64 |
| 1420 | Exemestanum | Symex, tabletki drażowane, 25 mg | 30 tabl. | 05909991335489 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 62,76 | 75,03 | 55,39 | 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 | 19,64 |
| 1421 | Ezetimibum | Esetin, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 05909991388669 | 2019-05-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 21,22 | 25,82 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 16,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1422 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991402303 | 2020-03-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 9,02 | 12,83 | 12,83 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 3,85 |
| 1423 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991402310 | 2020-03-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 28,99 | 37,54 | 37,54 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 11,26 |
| 1424 | Ezetimibum | Ezehron, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 05909991347161 | 2018-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 15,57 | 19,71 | 12,83 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 10,73 |
| 1425 | Ezetimibum | Ezen, tabletki, 10 mg | 28 szt. | 05909991096229 | 2018-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 21,24 | 25,66 | 12,83 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 16,68 |
| 1426 | Ezetimibum | Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991414450 | 2021-05-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 9,01 | 12,82 | 12,82 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 3,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1427 | Ezetimibum | Ezetimibe Mylan, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991189822 | 2018-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 23,76 | 28,31 | 12,83 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 19,33 |
| 1428 | Ezetimibum | Ezoleta, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991311407 | 2018-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 9,72 | 13,75 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 4,13 |
| 1429 | Ezetimibum | Ezolip, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 05909991304416 | 2018-09-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 22,57 | 27,24 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 17,62 |
| 1430 | Ezetimibum | Lipegis, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 05909990996902 | 2019-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 21,60 | 26,22 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 16,60 |
| 1431 | Ezetimibum | Mizetib, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 05903060613973 | 2018-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 23,76 | 28,31 | 12,83 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 19,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1432 | Ezetimibum | Symezet, tabletki w blistrze, 10 mg | 30 szt. | 05909991347529 | 2018-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 10,61 | 14,67 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 5,05 |
| 1433 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990014729 | 2019-01-01 | 3 lata | 1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie | 8,47 | 11,30 | 8,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,73 |
| 1434 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990014835 | 2019-01-01 | 3 lata | 1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie | 8,40 | 11,23 | 8,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,66 |
| 1435 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990014828 | 2019-01-01 | 3 lata | 1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie | 15,79 | 20,62 | 17,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,48 |
| 1436 | Febuxostatum | Adenuric, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909990761562 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 42,00 | 49,71 | 28,63 | Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 50% | 35,40 |
| 1437 | Febuxostatum | Adenuric, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909990761562 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 42,00 | 49,71 | 28,63 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 29,67 |
| 1438 | Febuxostatum | Adenuric, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990761548 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 39,37 | 45,60 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 32,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1439 | Febuxostatum | Denofix, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909991391607 | <1>2020-03-01/<2>2019-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 43,08 | 50,84 | 28,63 | <1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 50% | 36,53 |
| 1440 | Febuxostatum | Denofix, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909991391607 | <1>2020-03-01/<2>2019-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 43,08 | 50,84 | 28,63 | <2>Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 30,80 |
| 1441 | Febuxostatum | Denofix, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991391522 | 2019-11-01 | 2 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 28,72 | 34,42 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 21,06 |
| 1442 | Febuxostatum | Febuxostat Accord, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909991395186 | 2019-09-01 | 2 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 43,09 | 50,85 | 28,63 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 30,81 |
| 1443 | Febuxostatum | Febuxostat Accord, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991395131 | 2019-09-01 | 2 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 28,73 | 34,44 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 21,08 |
| 1444 | Febuxostatum | Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 03838989705145 | 2019-07-01 | 2 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 45,36 | 53,24 | 28,63 | Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 50% | 38,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1445 | Febuxostatum | Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 03838989705145 | 2019-07-01 | 2 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 45,36 | 53,24 | 28,63 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 33,20 |
| 1446 | Febuxostatum | Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 03838989705152 | 2019-07-01 | 2 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 30,24 | 36,01 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 22,65 |
| 1447 | Febuxostatum | Prohidna, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909991402983 | 2021-05-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 40,91 | 48,57 | 28,63 | Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 50% | 34,26 |
| 1448 | Febuxostatum | Prohidna, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909991402983 | 2021-05-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 40,91 | 48,57 | 28,63 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 28,53 |
| 1449 | Febuxostatum | Prohidna, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991402952 | 2021-05-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 27,27 | 32,89 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 19,53 |
| 1450 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 28 szt. | 05909990344918 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 13,87 | 18,07 | 13,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,28 |
| 1451 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 28 szt. | 05909990344819 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,29 | 12,81 | 6,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,92 |
| 1452 | Fenofibratum | Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 05909990909414 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 14,63 | 19,71 | 18,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,94 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1453 | Fenofibratum | Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 05909990754496 | 2019-03-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 15,50 | 20,63 | 18,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,86 |
| 1454 | Fenofibratum | Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990754526 | 2019-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 20,74 | 27,09 | 24,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,04 |
| 1455 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 160 mg | 30 szt. (3 blist.po 10) | 05909990713974 | 2018-01-01 | 5 lat | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 15,88 | 21,03 | 18,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,26 |
| 1456 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990611065 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 20,84 | 27,19 | 24,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,14 |
| 1457 | Fenofibratum | Grofibrat, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990109814 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 8,59 | 12,90 | 12,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,87 |
| 1458 | Fenofibratum | Grofibrat 200, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990492114 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 13,93 | 18,98 | 18,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,21 |
| 1459 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 30 kaps. | 05907594032309 | 2019-03-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 17,82 | 24,78 | 24,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,43 |
| 1460 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 60 kaps. | 05907594032408 | 2019-03-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 35,64 | 46,68 | 46,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,00 |
| 1461 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 90 kaps. | 05907594032507 | 2019-03-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 53,46 | 67,77 | 67,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,33 |
| 1462 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 30 tabl. | 05909991212339 | 2018-07-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 13,61 | 18,64 | 18,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,87 |
| 1463 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 60 szt. | 05907594031500 | 2021-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 27,43 | 35,58 | 35,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,67 |
| 1464 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 90 szt. | 05907594031609 | 2021-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 41,04 | 51,87 | 51,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,56 |
| 1465 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 30 tabl. | 05909991201173 | 2018-07-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 18,14 | 24,36 | 24,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,31 |
| 1466 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 60 szt. | 05907594031708 | 2021-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 36,61 | 46,66 | 46,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,00 |
| 1467 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 90 szt. | 05907594031807 | 2021-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 54,92 | 67,89 | 67,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,37 |
| 1468 | Fenofibratum | Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990687947 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 18,60 | 23,88 | 18,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1469 | Fenofibratum | Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg | 30 szt. | 05909990492817 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 24,83 | 31,38 | 24,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,33 |
| 1470 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990903917 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 18,60 | 23,88 | 18,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,11 |
| 1471 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990431342 | 2019-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 24,83 | 31,38 | 24,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,33 |
| 1472 | Fenoterolum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 | 2019-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 20,20 | 25,16 | 16,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,12 |
| 1473 | Fenoterolum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 05909990101917 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 18,14 | 21,78 | 9,66 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 15,32 |
| 1474 | Fenoterolum + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 24,62 | 30,33 | 19,31 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | 30% | 16,81 |
| 1475 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990765713 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 81,00 | 99,73 | 99,73 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1476 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990765416 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 32,23 | 40,97 | 35,28 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 8,89 |
| 1477 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990765515 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 48,60 | 61,71 | 61,71 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1478 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990765614 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 64,80 | 81,17 | 81,17 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1479 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg | 28 tabl. | 05909990643011 | 2018-09-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 529,18 | 582,03 | 582,03 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1480 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg | 28 tabl. | 05909990643035 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 529,18 | 582,03 | 582,03 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1481 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg | 28 tabl. | 05909990643059 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 529,18 | 582,03 | 582,03 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1482 | Fentanylum | Fenta MX 100, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990054695 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 108,00 | 128,08 | 128,08 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1483 | Fentanylum | Fenta MX 25, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990054589 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 27,00 | 35,48 | 35,28 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,40 |
| 1484 | Fentanylum | Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990054626 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 54,00 | 67,38 | 67,38 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1485 | Fentanylum | Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990054664 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 81,00 | 98,18 | 98,18 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1486 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h | 10 szt. | 05909991204853 | 2018-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 217,87 | 247,43 | 247,43 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,40 |
| 1487 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990000098 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 108,22 | 128,31 | 128,31 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1488 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h | 10 szt. | 05909991204822 | 2018-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 56,14 | 69,63 | 69,63 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1489 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h | 10 szt. | 05909991204839 | 2018-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 109,78 | 129,95 | 129,95 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1490 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990000050 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 54,54 | 67,95 | 67,95 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1491 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h | 10 szt. | 05909991204846 | 2018-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 163,26 | 188,55 | 188,55 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,80 |
| 1492 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990000081 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 80,78 | 97,95 | 97,95 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1493 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 but.po 2,9 ml (20 daw.) | 05909990699735 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 361,12 | 400,85 | 400,85 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1494 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę | 1 but.po 5 ml (40 daw.) | 05909990699889 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 734,15 | 801,69 | 801,69 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1495 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę | 1 but.po 1,8 ml (10 daw.) | 05909990699643 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 174,60 | 200,41 | 200,41 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1496 | Fentanylum | Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990043330 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 117,72 | 138,29 | 138,29 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1497 | Fentanylum | Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990043163 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 14,13 | 19,31 | 16,93 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,58 |
| 1498 | Fentanylum | Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990043279 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 29,43 | 38,03 | 35,28 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,95 |
| 1499 | Fentanylum | Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990043385 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 58,86 | 72,48 | 70,55 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,13 |
| 1500 | Fentanylum | Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990043224 | 2019-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 88,29 | 105,83 | 105,83 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1501 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955503 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 139,68 | 162,49 | 162,49 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1502 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955527 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 584,93 | 641,36 | 641,36 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1503 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955541 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 139,68 | 162,49 | 162,49 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1504 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955558 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 584,93 | 641,36 | 641,36 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1505 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg | 30 tabl. | 05909991074647 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1506 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg | 30 tabl. | 05909991074685 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1507 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg | 30 tabl. | 05909991074739 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1508 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg | 30 tabl. | 05909991074777 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1509 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg | 30 tabl. | 05909991074593 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1510 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg | 30 tabl. | 05909991074821 | 2018-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1511 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713846 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 56,81 | 66,68 | 32,55 | 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 | 37,33 |
| 1512 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713860 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 144,62 | 167,91 | 162,74 | 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 | 8,37 |
| 1513 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726068 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 207,74 | 235,92 | 227,83 | 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 | 11,29 |
| 1514 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713853 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 95,69 | 109,81 | 52,08 | 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 | 60,93 |
| 1515 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713877 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 240,95 | 271,55 | 260,38 | 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 | 14,37 |
| 1516 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726075 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 343,35 | 381,47 | 364,53 | 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 | 20,14 |
| 1517 | Filgrastimum | Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 12 mln j./0,2 ml | 5 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990904747 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 87,77 | 102,71 | 65,10 | 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 | 40,81 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1518 | Filgrastimum | Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990904778 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 206,28 | 232,65 | 162,74 | 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 | 73,11 |
| 1519 | Filgrastimum | Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990904808 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 330,04 | 365,09 | 260,38 | 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 | 107,91 |
| 1520 | Filgrastimum | Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml | 5 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę | 05909990739394 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 136,30 | 159,18 | 159,18 | 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 |
| 1521 | Filgrastimum | Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,8 ml | 5 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę | 05909990739455 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 224,64 | 254,42 | 254,42 | 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 |
| 1522 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687787 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 145,47 | 168,80 | 162,74 | 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 | 9,26 |
| 1523 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687848 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 230,31 | 260,38 | 260,38 | 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 |
| 1524 | Finasteridum | Adaster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990711949 | 2019-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 21,81 | 27,85 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,86 |
| 1525 | Finasteridum | Adaster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990711987 | 2019-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 65,42 | 78,36 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 21,39 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1526 | Finasteridum | Androster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990055470 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 22,68 | 28,76 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,77 |
| 1527 | Finasteridum | Androster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990906154 | 2019-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 65,88 | 78,84 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 21,87 |
| 1528 | Finasteridum | Antiprost, tabl. powl., 5 mg | 30 tabl. | 05909990067770 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 23,98 | 30,12 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,13 |
| 1529 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990048670 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 23,06 | 29,16 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,17 |
| 1530 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990938797 | 2018-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 70,09 | 83,26 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 26,29 |
| 1531 | Finasteridum | FinaGen, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990692781 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 18,79 | 24,45 | 20,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,94 |
| 1532 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991222673 | 2018-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 18,36 | 24,23 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 5,24 |
| 1533 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991282288 | 2019-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 18,36 | 24,23 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 5,24 |
| 1534 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990713127 | 2019-03-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 22,68 | 28,76 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,77 |
| 1535 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990713141 | 2019-03-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 68,04 | 81,11 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 24,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1536 | Finasteridum | Finaran, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990082391 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 21,38 | 27,40 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,41 |
| 1537 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05909991207311 | 2019-05-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 88,45 | 104,26 | 88,76 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 28,30 |
| 1538 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909991151218 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 22,68 | 28,76 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,77 |
| 1539 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990811045 | 2019-05-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 66,74 | 79,75 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 22,78 |
| 1540 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg | 120 tabl. | 05909991284053 | 2017-09-01 | 5 lat | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 71,28 | 86,23 | 86,23 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,80 |
| 1541 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990055098 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 19,39 | 25,31 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,32 |
| 1542 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 05909991289430 | 2017-09-01 | 5 lat | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 51,84 | 64,10 | 64,10 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 1543 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991096571 | 2018-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 14,58 | 20,26 | 20,26 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1544 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991096601 | 2018-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 43,74 | 55,60 | 55,60 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 1545 | Finasteridum | Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990017973 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 21,33 | 27,35 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,36 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1546 | Finasteridum | Finxta, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990050895 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 21,79 | 27,61 | 20,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,10 |
| 1547 | Finasteridum | Hyplafin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990017997 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 22,79 | 28,88 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,89 |
| 1548 | Finasteridum | Penester, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990077267 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 21,81 | 27,85 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,86 |
| 1549 | Finasteridum | Penester, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 05909990077274 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 69,47 | 82,61 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 25,64 |
| 1550 | Finasteridum | Proscar, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990362110 | 2019-01-01 | 5 lat | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 22,12 | 27,95 | 20,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,44 |
| 1551 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990074105 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 20,47 | 26,44 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,45 |
| 1552 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powl., 5 mg | 90 tabl. | 05909991107871 | 2018-01-01 | 5 lat | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 57,51 | 70,06 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 13,09 |
| 1553 | Finasteridum | Uronezyr, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991088842 | 2019-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 19,44 | 25,36 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,37 |
| 1554 | Finasteridum | Zasterid, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991053710 | 2019-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 20,30 | 26,04 | 20,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,53 |
| 1555 | Fluconazolum | Candifluc, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991257804 | 2018-07-01 | 3 lata | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 22,36 | 29,72 | 29,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1556 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990662388 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 78,61 | 92,98 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 55,50 |
| 1557 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990662371 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 19,65 | 25,10 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,73 |
| 1558 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 150 mg | 1 szt. | 05909990490615 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 4,20 | 5,68 | 4,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,67 |
| 1559 | Fluconazolum | Flucofast, kapsułki twarde, 200 mg | 7 kaps. | 05909991283247 | 2017-07-01 | 5 lat | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 32,40 | 40,97 | 37,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,23 |
| 1560 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 14 szt. | 05909990490523 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 19,65 | 25,10 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,73 |
| 1561 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990490516 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 9,80 | 13,02 | 9,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,34 |
| 1562 | Fluconazolum | Fluconazin, syrop, 5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909991097219 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 24,08 | 31,52 | 31,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,93 |
| 1563 | Fluconazolum | Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990912988 | 2019-07-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 59,51 | 72,93 | 72,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 36,47 |
| 1564 | Fluconazolum | Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990912896 | 2019-07-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,34 | 20,58 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,21 |
| 1565 | Fluconazolum | Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909990913466 | 2019-07-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 30,67 | 39,14 | 37,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1566 | Fluconazolum | Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909990912360 | 2019-07-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,34 | 20,58 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,21 |
| 1567 | Fluconazolum | Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909990912346 | 2019-07-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,67 | 10,78 | 9,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,10 |
| 1568 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909991262679 | 2020-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 59,49 | 72,90 | 72,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 36,45 |
| 1569 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991262617 | 2020-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,23 | 20,46 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,09 |
| 1570 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909991262488 | 2020-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,23 | 20,46 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,09 |
| 1571 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991262457 | 2020-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,61 | 10,72 | 9,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,04 |
| 1572 | Fluconazolum | Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991273798 | 2017-09-01 | 5 lat | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 23,76 | 31,19 | 31,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,60 |
| 1573 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 28 szt. | 05909990780181 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 67,44 | 81,24 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 43,76 |
| 1574 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 7 szt. | 05909990859719 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 16,96 | 22,28 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,91 |
| 1575 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 1 szt. | 05909990017874 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 3,60 | 5,05 | 4,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1576 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 3 szt. | 05909990017881 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 14,70 | 12,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,68 |
| 1577 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 14 szt. | 05909991022556 | 2021-03-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 66,10 | 79,85 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 42,37 |
| 1578 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 7 szt. | 05909991022549 | 2021-03-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 33,06 | 41,66 | 37,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,92 |
| 1579 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990859511 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 23,76 | 31,19 | 31,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,60 |
| 1580 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 14 szt. | 05909990859610 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 16,87 | 22,18 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,81 |
| 1581 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 7 szt. | 05909990859672 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 8,43 | 11,58 | 9,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,90 |
| 1582 | Fluconazolum | Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990869756 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 78,48 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 41,00 |
| 1583 | Fluconazolum | Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990869732 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 17,28 | 22,61 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,24 |
| 1584 | Fluconazolum | Flukonazol Actavis/Flumycon, kapsułki twarde, 150 mg | 1 kaps. | 05909990869763 | 2017-03-01 | 5 lat | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 3,46 | 4,90 | 4,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,89 |
| 1585 | Fluconazolum | Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909990869770 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 33,48 | 42,10 | 37,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,36 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1586 | Fluconazolum | Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909990869695 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 17,28 | 22,61 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,24 |
| 1587 | Fluconazolum | Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909990869688 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 8,10 | 11,24 | 9,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,56 |
| 1588 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 7 szt. | 05909991365745 | 2019-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 21,21 | 28,11 | 28,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,06 |
| 1589 | Fluconazolum | Flumycon, syrop, 5 mg/ml | 150 ml w butelce | 05909990841707 | 2019-05-01 | 3 lata | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 24,08 | 31,52 | 31,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,93 |
| 1590 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991388270 | 2020-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 13,50 | 18,65 | 18,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,33 |
| 1591 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909991388287 | 2020-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 2,89 | 4,30 | 4,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,29 |
| 1592 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991388294 | 2020-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 27,00 | 35,30 | 35,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,65 |
| 1593 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991388263 | 2020-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 6,75 | 9,81 | 9,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,13 |
| 1594 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990980611 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 68,26 | 82,11 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 44,63 |
| 1595 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 05909990642533 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 20,35 | 18,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1596 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 200 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 05909991118914 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 31,97 | 40,52 | 37,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,78 |
| 1597 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 50 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 05909990980512 | 2019-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,07 | 10,15 | 9,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,47 |
| 1598 | Fludrocortisonum | Cortineff, tabl., 100 µg | 20 szt. | 05904374007885 | 2020-11-01 | 3 lata | 80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon | 10,48 | 14,73 | 14,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1599 | Fludrocortisonum | Cortineff, tabl., 100 µg | 20 szt. | 05909990170319 | 2019-01-01 | 3 lata | 80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon | 10,57 | 14,82 | 14,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1600 | Fluoxetinum | Andepin, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991065515 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,10 | 19,26 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,14 |
| 1601 | Fluoxetinum | Bioxetin, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990372317 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,30 | 19,46 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,34 |
| 1602 | Fluoxetinum | Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990776955 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 11,56 | 15,34 | 12,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,83 |
| 1603 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990770311 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,11 | 19,26 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,14 |
| 1604 | Fluoxetinum | Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg | 30 tabl. | 05909991317621 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 10,35 | 14,25 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,13 |
| 1605 | Fluoxetinum | Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990742509 | 2019-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 10,37 | 14,28 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,16 |
| 1606 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990374328 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 39,53 | 46,23 | 21,72 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 31,03 |
| 1607 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990374311 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 13,61 | 16,22 | 6,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 11,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1608 | Flupentixolum | Fluanxol, tabl. powl., 0.5 mg | 50 szt. | 05909991074258 | 2021-05-01 | 3 lata | 179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 13,37 | 6,29 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 10,28 |
| 1609 | Flupentixolum | Fluanxol, tabl. powl., 3 mg | 50 szt. | 05909991074296 | 2021-05-01 | 3 lata | 179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,16 | 37,71 | 37,71 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 3,20 |
| 1610 | Flupentixolum | Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990127214 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego | 10,24 | 14,40 | 14,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 3,20 |
| 1611 | Flutamidum | Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. (1 but.po 30 szt.) | 05909990941612 | 2019-01-01 | 3 lata | 131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej | 17,23 | 23,22 | 21,46 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,76 |
| 1612 | Flutamidum | Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg | 90 szt. (1 but.po 90 szt.) | 05909990941629 | 2019-01-01 | 3 lata | 131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej | 51,84 | 64,37 | 64,37 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1613 | Flutamidum | Flutamid Egis, tabl., 250 mg | 100 szt. (5 blist.po 20 szt.) | 05909990139217 | 2019-01-01 | 3 lata | 131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej | 54,00 | 67,25 | 67,25 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1614 | Fluticasoni propionas | Cutivate, maść, 0.05 mg/g | 15 g | 05909990365111 | 2019-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 8,64 | 10,63 | 4,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,20 |
| 1615 | Fluticasoni propionas | Cutivate, krem, 0.5 mg/g | 15 g | 05909990365012 | 2019-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 8,64 | 10,63 | 4,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,20 |
| 1616 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 poj. po 120 daw. | 05908289660371 | 2021-05-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 23,76 | 30,16 | 24,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,73 |
| 1617 | Fluticasoni propionas | Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | poj. 10 ml (120 dawek) | 05909990933839 | 2019-05-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,97 | 15,85 | 12,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,64 |
| 1618 | Fluticasoni propionas | Flutixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/2 ml | 10 amp. 2 ml | 05906414003062 | 2019-03-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 21,81 | 28,83 | 28,83 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1619 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 | 2019-11-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 76,03 | 91,81 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,19 |
| 1620 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 | 2019-11-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 90,72 | 108,27 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,31 |
| 1621 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 | 2020-11-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,13 | 70,49 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,21 |
| 1622 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 | 2020-11-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 71,28 | 86,82 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1623 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 | 2020-11-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,86 | 103,16 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1624 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534670 | 2017-07-01 | 5 lat | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 76,23 | 92,02 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,40 |
| 1625 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534687 | 2017-07-01 | 5 lat | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 93,96 | 111,67 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 11,71 |
| 1626 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 71,26 | 86,80 | 86,80 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1627 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,84 | 103,14 | 103,14 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1628 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,11 | 70,47 | 70,47 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1629 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403959 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 71,27 | 86,81 | 86,81 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1630 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403966 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,85 | 103,15 | 103,15 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1631 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403898 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,12 | 70,48 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1632 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 | 2020-03-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 74,52 | 90,23 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,61 |
| 1633 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 | 2020-03-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 90,56 | 108,10 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,14 |
| 1634 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 58,05 | 71,46 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 4,18 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1635 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 75,82 | 91,59 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,97 |
| 1636 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 92,88 | 110,53 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,57 |
| 1637 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990907014 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 98,30 | 115,20 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 31,58 |
| 1638 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990907113 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 127,44 | 146,82 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 46,86 |
| 1639 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990906918 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 76,53 | 90,86 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 23,58 |
| 1640 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 70,53 | 84,56 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 17,28 |
| 1641 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 100,44 | 117,44 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 33,82 |
| 1642 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 122,87 | 142,02 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 42,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1643 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 74,52 | 90,23 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,61 |
| 1644 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 | 2019-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 90,56 | 108,10 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,14 |
| 1645 | Fluticasonum | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową | 1 szt. (1 but.po 120 daw.) | 05909990570720 | 2019-01-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,97 | 15,85 | 12,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,64 |
| 1646 | Fluticasonum | Flixonase Nasule, krople do nosa, zawiesina, 400 µg | 28 poj. (4 sasz.po 7 poj.) | 05909990933822 | 2019-01-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 30,78 | 37,29 | 23,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,69 |
| 1647 | Fluticasonum | Flixotide, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/2 ml | 10 poj. (2 sasz.po 5 poj.) | 05909990956517 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 29,14 | 36,53 | 28,83 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,90 |
| 1648 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 05909990851423 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 58,10 | 67,55 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 40,70 |
| 1649 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 05909990851416 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 28,94 | 34,58 | 15,03 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 22,75 |
| 1650 | Fluticasonum | Flixotide, zawiesina do nebulizacji, 2 mg/2 ml | 10 poj. (2 sasz.po 5 poj.) | 05909990956616 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 70,20 | 85,08 | 80,09 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,19 |
| 1651 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 05909990851522 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 90,72 | 105,15 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 50,38 |
| 1652 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 05909990851515 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 55,08 | 64,37 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 37,52 |
| 1653 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg | 120 daw. | 05909990851317 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 26,78 | 31,77 | 12,02 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 22,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1654 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484621 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 27,32 | 32,33 | 12,02 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 23,51 |
| 1655 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484720 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 52,92 | 62,11 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 35,26 |
| 1656 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484522 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 18,34 | 21,38 | 6,01 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 18,57 |
| 1657 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484829 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 90,72 | 105,15 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 50,38 |
| 1658 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 kaps. | 05909990938001 | 2018-03-01 | 5 lat | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 61,07 | 74,01 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 19,24 |
| 1659 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909990785858 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 33,26 | 41,46 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 14,61 |
| 1660 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 kaps. | 05909990938025 | 2018-03-01 | 5 lat | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 122,15 | 142,15 | 120,20 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 32,62 |
| 1661 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909990785889 | 2019-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 61,41 | 74,37 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 19,60 |
| 1662 | Fluvoxamini maleas | Fevarin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991431211 | 2020-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 23,33 | 27,90 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 18,78 |
| 1663 | Fluvoxamini maleas | Fevarin, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909991431167 | 2020-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 23,33 | 27,90 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 18,78 |
| 1664 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990347827 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 33,37 | 38,43 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 29,31 |
| 1665 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909990347728 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 33,37 | 38,43 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 29,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1666 | Folitropinum delta | Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml | 1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły | 05909991343019 | 2020-03-01 | 2 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 324,00 | 358,16 | 242,25 | 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 | | ryczałt | 119,11 |
| 1667 | Folitropinum delta | Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml | 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł | 05909991343033 | 2020-03-01 | 2 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1944,00 | 2086,09 | 1453,52 | 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 | | ryczałt | 635,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1668 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,25 ml | 05997001308486 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 157,14 | 180,79 | 161,51 | 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 | | ryczałt | 22,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1669 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,375 ml | 05997001308493 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 235,71 | 265,46 | 242,25 | 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 | | ryczałt | 26,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1670 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,5 ml | 05997001308509 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 314,28 | 349,78 | 323,00 | 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 | | ryczałt | 29,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1671 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego , 300 j.m. (IU)/0,5 ml (22 µg/0,5 ml) | 1 wstrzykiwacz | 05909990007257 | 2018-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 366,10 | 404,21 | 323,00 | 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 | | ryczałt | 84,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1672 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 j.m. (IU) (5,5 µg) | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. | 05909990697304 | 2018-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 91,52 | 107,88 | 80,74 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 30,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1673 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,5 ml (66 µg/1,5 ml) | 1 wstrzykiwacz | 05909990007240 | 2018-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1098,28 | 1187,55 | 969,01 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 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 | | ryczałt | 221,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1674 | Follitropinum alfa | Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml | 1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych | 05909991088125 | 2019-09-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 287,28 | 321,43 | 321,43 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 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 | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1675 | Follitropinum alfa | Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml | 1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych | 05909991088149 | 2019-09-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 868,32 | 946,10 | 946,10 | 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 | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1676 | Follitropinum beta | Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m. | 1 wkł. | 05909990339754 | 2018-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 314,28 | 349,78 | 323,00 | 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 | | ryczałt | 29,98 |
| 1677 | Follitropinum beta | Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m. | 1 wkł. | 05909990339761 | 2018-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 628,56 | 687,06 | 646,02 | 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 | | ryczałt | 44,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1678 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 180 szt. | 07613421020934 | 2018-11-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 137,70 | 160,66 | 160,66 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,60 |
| 1679 | Formoteroli fumaras | Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 05909991109523 | 2019-05-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 47,52 | 59,45 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 5,41 |
| 1680 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 kaps. | 05909990937981 | 2019-11-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 96,11 | 114,47 | 114,47 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,40 |
| 1681 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 kaps. | 05909990849000 | 2019-05-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 48,54 | 60,52 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,48 |
| 1682 | Formoterolum | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 szt. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990620777 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 101,52 | 120,15 | 114,47 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,08 |
| 1683 | Formoterolum | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990792924 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 48,06 | 60,01 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 5,97 |
| 1684 | Formoterolum | Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną | 120 szt. | 05909991086602 | 2019-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 95,04 | 113,34 | 113,34 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,40 |
| 1685 | Formoterolum | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 05909990614400 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 47,74 | 59,68 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 5,64 |
| 1686 | Formoterolum | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt (2 but.po 60 szt.) | 05909991218287 | 2019-03-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 96,08 | 114,43 | 114,43 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,40 |
| 1687 | Formoterolum | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt (3 but.po 60 szt.) | 05909991218294 | 2019-03-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 144,14 | 167,42 | 167,42 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,60 |
| 1688 | Formoterolum | Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 | 2018-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 97,09 | 115,49 | 114,47 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,42 |
| 1689 | Formoterolum | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 31,85 | 39,72 | 28,62 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 14,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1690 | Formoterolum | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 41,90 | 53,55 | 53,55 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1691 | Formoterolum | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 szt. | 05909990996681 | 2019-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 96,11 | 114,47 | 114,47 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,40 |
| 1692 | Formoterolum | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.) | 05909990975914 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 48,55 | 60,53 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,49 |
| 1693 | Furaginum/Furazidinum | Furaginum Adamed, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990357215 | 2019-01-01 | 3 lata | 108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe | 3,62 | 5,32 | 5,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,73 |
| 1694 | Furaginum/Furazidinum | Furaginum Teva, tabletki, 100 mg | 30 tabl. | 05909991373238 | 2018-11-01 | 3 lata | 108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe | 7,23 | 10,37 | 10,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,19 |
| 1695 | Furaginum/Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990988235 | 2019-01-01 | 3 lata | 108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe | 3,62 | 5,32 | 5,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,73 |
| 1696 | Furaginum/Furazidinum | Furazek, tabletki, 100 mg | 30 tabl. | 05909991304102 | 2017-05-01 | 5 lat | 108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe | 7,24 | 10,38 | 10,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,20 |
| 1697 | Furosemidum | Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990223794 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 37.0, Leki moczopędne - pętlowe | 4,40 | 6,46 | 6,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające | ryczałt | 3,22 |
| 1698 | Furosemidum | Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg | 30 szt. | 05909990135028 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 37.0, Leki moczopędne - pętlowe | 4,38 | 6,44 | 6,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające | ryczałt | 3,20 |
| 1699 | Gabapentinum | Gabagamma 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990714322 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 12,96 | 17,83 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 4,56 |
| 1700 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909991331108 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 11,88 | 16,69 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1701 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991331153 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 35,64 | 46,00 | 46,00 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1702 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909991331207 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 47,52 | 59,84 | 59,84 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1703 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990339495 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 17,82 | 22,93 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 9,66 |
| 1704 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991425340 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 35,10 | 45,44 | 45,44 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1705 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990339709 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 38,88 | 49,40 | 49,40 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1706 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990339600 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 53,24 | 65,84 | 65,84 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1707 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990338542 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 82,08 | 98,76 | 98,76 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1708 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990338658 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 112,75 | 132,33 | 131,73 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 5,34 |
| 1709 | Gabapentinum | Neuran 100, kaps. twarde, 100 mg | 1 but.po 100 szt. | 05909990651535 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 17,77 | 22,88 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 9,61 |
| 1710 | Gabapentinum | Neuran 300, kaps. twarde, 300 mg | 1 but.po 100 szt. | 05909990651566 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 38,23 | 48,72 | 48,72 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1711 | Gabapentinum | Neuran 400, kaps. twarde, 400 mg | 1 but.po 100 szt. | 05909990651603 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 50,98 | 63,46 | 63,46 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1712 | Gabapentinum | Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990769216 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 17,71 | 22,82 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 9,55 |
| 1713 | Gabapentinum | Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990769315 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 53,46 | 64,71 | 49,40 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 18,51 |
| 1714 | Gabapentinum | Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990769414 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 69,98 | 83,42 | 65,87 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 20,75 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1715 | Gabapentinum | Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909991017422 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 102,60 | 120,31 | 98,80 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 25,07 |
| 1716 | Gabapentinum | Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909991017521 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 119,02 | 138,91 | 131,73 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 11,92 |
| 1717 | Gabapentinum | Symleptic, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990685554 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 12,85 | 17,71 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 4,44 |
| 1718 | Gabapentinum | Symleptic, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990685561 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 37,80 | 48,27 | 48,27 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1719 | Ganirelixum | Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg | 1 amp.-strz. | 05909990880911 | 2018-07-01 | 3 lata | 78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony | 105,84 | 125,19 | 125,19 | Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli | | 50% | 62,60 |
| 1720 | Gentamicinum | Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990095711 | 2019-01-01 | 3 lata | 103.2, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania pozajelitowego - gentamycyna | 7,01 | 10,06 | 9,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,27 |
| 1721 | Gentamicinum | Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml | 10 amp.po 2 ml | 05909990095728 | 2019-01-01 | 3 lata | 103.2, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania pozajelitowego - gentamycyna | 14,03 | 19,18 | 19,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,59 |
| 1722 | Gentamicinum | Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990092413 | 2019-01-01 | 3 lata | 208.0, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania do oczu | 5,94 | 8,61 | 8,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,31 |
| 1723 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991267155 | 2020-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,64 | 11,44 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,41 |
| 1724 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267162 | 2020-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,64 | 11,44 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1725 | Gliclazidum | Diabrezide, tabl., 80 mg | 40 szt. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990359912 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,86 | 10,96 | 5,49 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,67 |
| 1726 | Gliclazidum | Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991216023 | 2019-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,64 | 11,44 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,41 |
| 1727 | Gliclazidum | Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. (2 blist.po 30 szt.) | 05909990443017 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 20,90 | 24,32 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 19,29 |
| 1728 | Gliclazidum | Diazidan, tabl., 80 mg | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 05909990911127 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 13,50 | 16,55 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 11,52 |
| 1729 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990647224 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 12,96 | 15,98 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,95 |
| 1730 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 90 szt. | 05909990647231 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 19,44 | 23,72 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 16,17 |
| 1731 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991056100 | 2018-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 14,04 | 17,11 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 12,08 |
| 1732 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991056131 | 2018-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 28,08 | 33,47 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 23,41 |
| 1733 | Gliclazidum | Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 tabl. | 05909991267230 | 2017-05-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 19,39 | 23,67 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 16,12 |
| 1734 | Gliclazidum | Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 60 tabl. | 05909991004002 | 2018-01-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 9,57 | 12,42 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,39 |
| 1735 | Gliclazidum | Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 90 tabl. | 05909991004026 | 2018-01-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 17,82 | 22,02 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 14,47 |
| 1736 | Gliclazidum | Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991256548 | 2018-09-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 9,18 | 12,01 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1737 | Gliclazidum | Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991263171 | 2018-09-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 18,36 | 23,27 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 13,21 |
| 1738 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 05909991226299 | 2017-09-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 12,92 | 15,93 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,90 |
| 1739 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 tabl. | 05909991226305 | 2017-09-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 25,84 | 31,12 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 21,06 |
| 1740 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267186 | 2018-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,91 | 11,73 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,70 |
| 1741 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991267193 | 2018-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 17,82 | 22,70 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 12,64 |
| 1742 | Gliclazidum | Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991291648 | 2019-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,75 | 11,56 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,53 |
| 1743 | Gliclazidum | Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 05909991257392 | 2018-05-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 9,57 | 12,42 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,39 |
| 1744 | Gliclazidum | Symazide MR 60, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991257408 | 2019-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 17,50 | 22,37 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 12,31 |
| 1745 | Glimepiridum | Amaryl 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990744817 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 4,61 | 6,09 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,17 |
| 1746 | Glimepiridum | Amaryl 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990744916 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 7,78 | 10,53 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,50 |
| 1747 | Glimepiridum | Amaryl 3, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990745012 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 12,96 | 16,92 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,37 |
| 1748 | Glimepiridum | Amaryl 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990745111 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,88 | 16,46 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1749 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566082 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 4,10 | 5,56 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,64 |
| 1750 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566105 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 6,70 | 9,41 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,38 |
| 1751 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566129 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 9,61 | 13,40 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,85 |
| 1752 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566143 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,83 | 16,41 | 16,41 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1753 | Glimepiridum | Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991097615 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 3,88 | 5,32 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,40 |
| 1754 | Glimepiridum | Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991097516 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 7,85 | 10,61 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,58 |
| 1755 | Glimepiridum | Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991097417 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,55 | 15,44 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,89 |
| 1756 | Glimepiridum | Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991097318 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 13,81 | 18,49 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,43 |
| 1757 | Glimepiridum | Glidiamid, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990430543 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 6,32 | 9,01 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,98 |
| 1758 | Glimepiridum | Glidiamid, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990430567 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 12,58 | 17,20 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,14 |
| 1759 | Glimepiridum | GlimeHexal 1, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337453 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 2,97 | 4,37 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,45 |
| 1760 | Glimepiridum | GlimeHexal 2, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337521 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 5,94 | 8,61 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,58 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1761 | Glimepiridum | GlimeHexal 3, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338078 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,91 | 12,67 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,12 |
| 1762 | Glimepiridum | GlimeHexal 4, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338146 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,83 | 16,41 | 16,41 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1763 | Glimepiridum | GlimeHexal 6, tabl., 6 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338207 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 18,36 | 24,52 | 24,52 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,60 |
| 1764 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991365790 | 2020-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 5,64 | 8,29 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,26 |
| 1765 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991365868 | 2020-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,46 | 12,19 | 12,19 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1766 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991365936 | 2020-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,28 | 15,83 | 15,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1767 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909991075378 | 2019-05-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 2,16 | 3,52 | 3,52 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1768 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991075590 | 2019-05-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 5,08 | 7,71 | 7,71 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1769 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991075798 | 2019-05-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 6,48 | 10,11 | 10,11 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1770 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991075996 | 2019-05-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 10,15 | 14,65 | 14,65 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1771 | Glimepiridum | Glitoprel, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990085903 | 2019-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 3,11 | 4,52 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,60 |
| 1772 | Glimepiridum | Glitoprel, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990085927 | 2019-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 5,68 | 8,33 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1773 | Glimepiridum | Glitoprel, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990085934 | 2019-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,55 | 12,28 | 12,28 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1774 | Glimepiridum | Glitoprel, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990085941 | 2019-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,53 | 16,10 | 16,10 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1775 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570348 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 2,72 | 4,11 | 4,11 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1776 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570355 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 5,57 | 8,22 | 8,22 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1777 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570362 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 7,68 | 11,37 | 11,37 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1778 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573196 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 10,80 | 15,33 | 15,33 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1779 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 6 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570379 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 17,81 | 23,93 | 23,93 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,60 |
| 1780 | Glipizidum | Glipizide BP, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990791712 | 2019-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 5,35 | 6,87 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,95 |
| 1781 | Glucagonum | GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05909990693313 | 2019-01-01 | 3 lata | 85.0, Hormony trzustki - glukagon | 51,81 | 64,34 | 64,34 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1782 | Glyceroli trinitras | Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę | 11 g (200 daw.) | 05909990156825 | 2019-01-01 | 3 lata | 33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu | 12,79 | 17,63 | 17,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 1783 | Glyceroli trinitras | Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę | 11 g (200 daw.) | 05909991223649 | 2019-01-01 | 3 lata | 33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu | 12,79 | 17,63 | 17,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1784 | Glyceroli trinitras | Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5 mg | 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990183036 | 2019-01-01 | 3 lata | 33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego | 5,72 | 8,30 | 8,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,16 |
| 1785 | Glycopyrronii bromidum | Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg | 30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator | 05909991000882 | 2018-09-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 106,38 | 124,68 | 102,56 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 52,89 |
| 1786 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 10.8 mg | 1 szt. | 05909991256210 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 477,36 | 525,64 | 525,60 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 9,00 |
| 1787 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg | 1 szt. | 05909991256197 | <1>2018-07-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 151,20 | 175,20 | 175,20 | <2>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 |
| 1788 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg | 1 szt. | 05909991256197 | <1>2018-07-01/<2>2019-07-01 | 3 lata | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 151,20 | 175,20 | 175,20 | <1>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 3,20 |
| 1789 | Goserelinum | Xanderla, implant w amp.-strz., 3.6 mg | 1 amp.-strzyk. | 05909991335564 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 151,20 | 175,20 | 175,20 | <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 | 3,20 |
| 1790 | Goserelinum | Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10.8 mg | 1 amp.-strzyk. | 05909991335595 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 453,60 | 500,69 | 500,69 | 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 |
| 1791 | Goserelinum | Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg | 1 amp.-strz. | 05909990082315 | <1>2018-07-01/<2>2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 232,20 | 260,25 | 175,20 | <2>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 | 88,25 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1792 | Goserelinum | Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg | 1 amp.-strz. | 05909990082315 | <1>2018-07-01/<2>2019-01-01 | 3 lata | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 232,20 | 260,25 | 175,20 | <1>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 88,25 |
| 1793 | Goserelinum | Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg | 1 amp.-strz. | 05909990783212 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 773,63 | 836,72 | 525,60 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 320,08 |
| 1794 | Haloperidolum | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego | 27,43 | 35,62 | 35,62 | x | choroba Huntingtona | 30% | 10,69 |
| 1795 | Haloperidolum | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 | 2018-07-01 | 3 lata | 177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego | 27,43 | 35,62 | 35,62 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1796 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 10 ml | 05909990239412 | 2019-01-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 3,08 | 4,52 | 4,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,36 |
| 1797 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 10 ml | 05909990239412 | 2019-01-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 3,08 | 4,52 | 4,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1798 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,16 | 5,52 | 3,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 2,83 |
| 1799 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 | 2019-01-01 | 3 lata | 177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,16 | 5,52 | 3,85 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,67 |
| 1800 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 tabl. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990722617 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 14,42 | 14,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 4,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1801 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 tabl. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990722617 | 2019-01-01 | 3 lata | 177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 14,42 | 14,42 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1802 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 4,31 | 5,82 | 4,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 2,66 |
| 1803 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 | 2019-01-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 4,31 | 5,82 | 4,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,30 |
| 1804 | Hydrocortisoni butyras | Laticort 0,1%, płyn na skórę, 1 mg/ml | 20 ml | 05909990229215 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania | 4,62 | 6,79 | 6,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | powikłania skórne u chorych na nowotwory - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 3,40 |
| 1805 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g | 1 tuba po 15 g | 05909990950317 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania | 4,86 | 6,56 | 5,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | powikłania skórne u chorych na nowotwory - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 4,02 |
| 1806 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991218140 | 2019-11-01 | 3 lata | 82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon | 13,28 | 18,23 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,47 |
| 1807 | Hydroxycarbamidum | Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg | 100 szt. (1 but.po 250 ml) | 05909990836758 | 2019-03-01 | 3 lata | 126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik | 64,58 | 79,09 | 79,09 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1808 | Hydroxycarbamidum | Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg | 100 szt. | 05909990944927 | 2019-01-01 | 3 lata | 126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik | 86,12 | 101,71 | 79,09 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 22,62 |
| 1809 | Ibuprofenum | Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg | 60 szt. | 05909990853540 | 2019-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,17 | 6,85 | 4,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,18 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1810 | Ibuprofenum | Ibuprofen Polfarmex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990830732 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,17 | 6,85 | 4,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,18 |
| 1811 | Ibuprofenum | Ibuprofen-Pabi, tabl. drażowane, 200 mg | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 05909990132928 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,17 | 6,85 | 4,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,18 |
| 1812 | Icatibantum | Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909990740635 | 2020-09-01 | 3 lata | 241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant | 5085,48 | 5435,00 | 5435,00 | Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1 | | ryczałt | 3,20 |
| 1813 | Imidaprilum | Tanatril, tabl., 10 mg | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991069919 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,71 | 20,14 | 4,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 18,39 |
| 1814 | Imidaprilum | Tanatril, tabl., 20 mg | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991070014 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,21 | 35,57 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 31,63 |
| 1815 | Imidaprilum | Tanatril, tabl., 5 mg | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991069810 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,80 | 8,96 | 2,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,96 |
| 1816 | Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum | Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg | 30 szt. + inhal. | 05909991080921 | 2021-03-01 | 2 lata 6 miesięcy | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 149,69 | 173,53 | 173,53 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 52,06 |
| 1817 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990975815 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,37 | 8,78 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,61 |
| 1818 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 60 szt. | 05909991276621 | 2020-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 12,07 | 16,29 | 14,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,96 |
| 1819 | Indapamidum | Indapamide KRKA, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990957125 | 2018-07-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 5,04 | 7,38 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1820 | Indapamidum | Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990644933 | 2020-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,48 | 6,79 | 6,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,04 |
| 1821 | Indapamidum | Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990799398 | 2021-03-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,75 | 7,08 | 7,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,12 |
| 1822 | Indapamidum | Indapen, tabl. powl., 2.5 mg | 20 szt. | 05909990863013 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,47 | 9,05 | 8,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,31 |
| 1823 | Indapamidum | Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990665907 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,04 | 8,43 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,26 |
| 1824 | Indapamidum | Indapres, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990223121 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,48 | 9,95 | 9,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,99 |
| 1825 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909991025014 | 2018-09-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 5,04 | 7,38 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,21 |
| 1826 | Indapamidum | Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 90 tabl. | 05908289660401 | 2017-09-01 | 5 lat | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 15,12 | 20,56 | 20,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,17 |
| 1827 | Indapamidum | Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990012688 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,45 | 8,86 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,69 |
| 1828 | Indapamidum | Ivipamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990834730 | 2019-05-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,21 | 6,51 | 6,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,95 |
| 1829 | Indapamidum | Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990770182 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,21 | 8,61 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,44 |
| 1830 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990424801 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,88 | 7,21 | 7,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,16 |
| 1831 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990424849 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 9,76 | 13,87 | 13,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,16 |
| 1832 | Indapamidum | Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990734993 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,86 | 7,19 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,16 |
| 1833 | Indapamidum | Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990738212 | 2019-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 10,18 | 12,78 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,61 |
| 1834 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg | 30 szt. | 05909991092566 | 2018-11-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 12,64 | 15,36 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,19 |
| 1835 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg | 30 szt. | 05909991092597 | 2018-11-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 11,56 | 14,23 | 7,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1836 | 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 | 2020-11-01 | 3 lata | 241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy | 6606,36 | 7051,89 | 7051,89 | Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród) | | ryczałt | 3,20 |
| 1837 | Inhibitor C1-esterazy, ludzki | Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m. | 1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania | 05909990713639 | 2021-03-01 | 3 lata | 241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy | 2202,12 | 2369,63 | 2350,41 | Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród) | | ryczałt | 22,42 |
| 1838 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990915613 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 85,68 | 102,62 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,74 |
| 1839 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1840 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 40 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990347124 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1841 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1842 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1843 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1844 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1845 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1846 | Insulini injectio neutralis | Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1847 | Insulini injectio neutralis | Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990914715 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 85,68 | 102,62 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,74 |
| 1848 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 | 2020-03-01 | 2 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 66,99 | 80,39 | 63,92 | Cukrzyca typu I | | ryczałt | 19,67 |
| 1849 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 | 2020-03-01 | 2 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 111,13 | 129,35 | 95,88 | Cukrzyca typu I | | ryczałt | 37,47 |
| 1850 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar | 05909991429171 | 2021-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 173,26 | 198,58 | 191,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 14,82 |
| 1851 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 115,94 | 134,40 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 42,52 |
| 1852 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 117,56 | 136,10 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 44,22 |
| 1853 | Insulinum aspartum | NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 | 2020-09-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 66,42 | 79,79 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 19,07 |
| 1854 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 115,51 | 133,95 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 42,07 |
| 1855 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909991107833 | 2021-05-01 | 1 rok 8 miesięcy | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 181,44 | 206,17 | 152,97 | Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 99,09 |
| 1856 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml | 3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch) | 05909991107864 | 2021-05-01 | 1 rok 8 miesięcy | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 217,73 | 245,42 | 183,56 | Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 116,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1857 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 | 2020-01-01 | 2 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 151,20 | 174,42 | 152,97 | Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 67,34 |
| 1858 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 | <1>2019-07-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 186,30 | 211,28 | 152,97 | <1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 104,20 |
| 1859 | Insulinum glarginum | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 | 2020-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 272,65 | 305,94 | 305,94 | Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 91,78 |
| 1860 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 | <1>2019-07-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 171,72 | 195,97 | 152,97 | <1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 88,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1861 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 | <1>2019-07-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 171,72 | 195,97 | 152,97 | <1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 88,89 |
| 1862 | Insulinum glarginum | Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 | 2020-01-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 481,14 | 528,44 | 458,91 | Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dorosłych o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 207,20 |
| 1863 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 | 2019-05-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 72,00 | 85,65 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 24,93 |
| 1864 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 | 2019-05-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 108,00 | 126,06 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 34,18 |
| 1865 | Insulinum glulisinum | Apidra SoloStar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrz.po 3 ml | 05909990617197 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 108,15 | 126,22 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 34,34 |
| 1866 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990853014 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 52,65 | 65,34 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,62 |
| 1867 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 80,84 | 97,54 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,66 |
| 1868 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 80,84 | 97,54 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,66 |
| 1869 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 80,84 | 97,54 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,66 |
| 1870 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990852314 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 52,65 | 65,34 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,62 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1871 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 80,84 | 97,54 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,66 |
| 1872 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990852017 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 52,65 | 65,34 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,62 |
| 1873 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 80,84 | 97,54 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,66 |
| 1874 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 82,26 | 99,03 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,15 |
| 1875 | Insulinum humanum | Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 82,26 | 99,03 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,15 |
| 1876 | Insulinum humanum | Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 82,26 | 99,03 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,15 |
| 1877 | Insulinum humanum | Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672448 | 2019-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 80,46 | 97,14 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,26 |
| 1878 | Insulinum humanum | Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672585 | 2019-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 80,46 | 97,14 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,26 |
| 1879 | Insulinum humanum | Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672363 | 2019-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 80,46 | 97,14 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,26 |
| 1880 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1881 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1882 | Insulinum isophanum | Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1883 | Insulinum isophanum | Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990915019 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 85,68 | 102,62 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,74 |
| 1884 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 | 2020-11-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 173,03 | 198,34 | 191,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 14,58 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1885 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990005482 | 2019-11-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 57,67 | 70,59 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,87 |
| 1886 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 | 2021-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 170,00 | 195,16 | 191,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 11,40 |
| 1887 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 | 2021-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 84,24 | 101,11 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,23 |
| 1888 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 | 2019-11-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 170,00 | 195,16 | 191,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 11,40 |
| 1889 | Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 115,35 | 133,78 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 41,90 |
| 1890 | Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 115,35 | 133,78 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 41,90 |
| 1891 | Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 | 2019-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 114,70 | 133,10 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 41,22 |
| 1892 | Ipratropii bromidum | Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 14,13 | 19,31 | 19,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 3,56 |
| 1893 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 11,56 | 14,87 | 9,66 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 8,41 |
| 1894 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 14,14 | 19,32 | 19,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 3,57 |
| 1895 | Irbesartanum | Irbesartan Aurovitas, tabl., 150 mg | 28 szt. | 05909991334178 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,09 | 12,11 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1896 | Irbesartanum | Irbesartan Aurovitas, tabl., 300 mg | 28 szt. | 05909991334208 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,19 | 23,36 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,75 |
| 1897 | Irbesartanum | Irprestan, tabl. powl., 150 mg | 28 szt. | 05909990747085 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,31 | 16,55 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,24 |
| 1898 | Irbesartanum | Irprestan, tabl. powl., 300 mg | 28 szt. | 05909990747122 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,61 | 32,19 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,58 |
| 1899 | Irbesartanum | Irprestan, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990747054 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,65 | 8,36 | 4,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,20 |
| 1900 | Isosorbidi mononitras | Effox long 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909990368624 | 2017-09-01 | 5 lat | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,26 | 11,76 | 11,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,41 |
| 1901 | Isosorbidi mononitras | Effox long 75, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990452118 | 2017-09-01 | 5 lat | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,31 | 17,02 | 17,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,00 |
| 1902 | Isosorbidi mononitras | Mono Mack Depot, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990669011 | 2019-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,31 | 12,69 | 10,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,83 |
| 1903 | Isosorbidi mononitras | Mono Mack Depot, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990669028 | 2019-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,15 | 24,83 | 21,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,12 |
| 1904 | Isosorbidi mononitras | Mononit 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990010516 | 2019-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,96 | 5,54 | 4,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1905 | Isosorbidi mononitras | Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991011727 | 2019-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,42 | 22,19 | 22,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,00 |
| 1906 | Isosorbidi mononitras | Mononit 20, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990010622 | 2019-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,32 | 10,26 | 9,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,38 |
| 1907 | Isosorbidi mononitras | Mononit 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990010714 | 2019-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,75 | 9,65 | 9,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,77 |
| 1908 | Isosorbidi mononitras | Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991011529 | 2019-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,42 | 15,56 | 13,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,74 |
| 1909 | Itraconazolum | Ipozumax, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909991183899 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 63,72 | 77,35 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 39,87 |
| 1910 | Itraconazolum | Ipozumax, kaps. twarde, 100 mg | 4 szt. | 05909991183882 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 9,87 | 13,40 | 10,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 8,05 |
| 1911 | Itraconazolum | Itragen, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990617463 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 63,72 | 77,35 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 39,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1912 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990858262 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 64,30 | 77,96 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 40,48 |
| 1913 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 4 szt. | 05909990858255 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 9,61 | 13,13 | 10,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 7,78 |
| 1914 | Itraconazolum | Itromyx, kapsułki twarde, 100 mg | 28 szt. | 05906414000801 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 46,05 | 58,79 | 58,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 29,40 |
| 1915 | Itraconazolum | Itromyx, kapsułki twarde, 100 mg | 4 szt. | 05906414000795 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 9,18 | 12,68 | 10,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 7,33 |
| 1916 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 28 szt. (7 blist.po 4 szt.) | 05909990004331 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 46,44 | 59,20 | 59,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 29,60 |
| 1917 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990004317 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 8,64 | 12,11 | 10,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 6,76 |
| 1918 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909991053826 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 69,65 | 83,57 | 74,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 46,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1919 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909991053819 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 14,37 | 10,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 9,02 |
| 1920 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991427764 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 58,32 | 72,64 | 72,64 | 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 |
| 1921 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991286613 | 2018-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 79,87 | 95,26 | 80,40 | 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 | 18,06 |
| 1922 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991351274 | 2021-05-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 86,35 | 104,34 | 104,34 | 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 |
| 1923 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991427511 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 86,40 | 104,39 | 104,39 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1924 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991286927 | 2018-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 119,80 | 139,46 | 120,60 | 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 | 22,06 |
| 1925 | Ivabradinum | Ivab, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991387044 | 2020-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 68,00 | 82,80 | 80,40 | 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 | 5,60 |
| 1926 | Ivabradinum | Ivab, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991387051 | 2020-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 102,00 | 120,77 | 120,60 | 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 | 3,37 |
| 1927 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991264710 | 2020-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 69,33 | 84,20 | 80,40 | 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 | 7,00 |
| 1928 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991264734 | 2020-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 105,61 | 124,56 | 120,60 | 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 | 7,16 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1929 | Ivabradinum | Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991348762 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 65,71 | 80,40 | 80,40 | 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 |
| 1930 | Ivabradinum | Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 5 mg | 56 tabl. | 05909991326470 | 2018-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 68,00 | 82,80 | 80,40 | 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 | 5,60 |
| 1931 | Ivabradinum | Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 7.5 mg | 56 tabl. | 05909991326494 | 2018-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 102,00 | 120,77 | 120,60 | 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 | 3,37 |
| 1932 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991322779 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 62,64 | 77,17 | 77,17 | 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 |
| 1933 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991322786 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 93,96 | 112,33 | 112,33 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1934 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991298586 | 2020-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 59,40 | 73,77 | 73,77 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1935 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991298654 | 2020-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 89,10 | 107,23 | 107,23 | 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 |
| 1936 | Ivabradinum | Ivares, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991313425 | 2019-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 65,72 | 80,41 | 80,40 | 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 | 3,21 |
| 1937 | Ivabradinum | Ivares, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991313555 | 2019-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 102,00 | 120,77 | 120,60 | 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 | 3,37 |
| 1938 | Ivabradinum | Ivohart, tabletki powlekane, 5 mg | 112 szt. | 05909991329822 | 2018-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 133,81 | 155,90 | 155,90 | 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 | 3,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1939 | Ivabradinum | Ivohart, tabletki powlekane, 5 mg | 56 szt. | 05909991329785 | 2018-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 65,71 | 80,40 | 80,40 | 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 |
| 1940 | Ivabradinum | Ivohart, tabletki powlekane, 7.5 mg | 112 szt. | 05909991329891 | 2018-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 200,77 | 228,49 | 228,49 | 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 |
| 1941 | Ivabradinum | Ivohart, tabletki powlekane, 7.5 mg | 56 szt. | 05909991329853 | 2018-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 100,39 | 119,08 | 119,08 | 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 |
| 1942 | Ivabradinum | Raenom, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991307349 | 2020-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 65,71 | 80,40 | 80,40 | 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 |
| 1943 | Ivabradinum | Raenom, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991307370 | 2020-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 98,56 | 117,16 | 117,16 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1944 | Kalii chloridum | Kalipoz Prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 05909990257539 | 2019-01-01 | 3 lata | 20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu | 7,50 | 10,75 | 10,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1945 | Kalii citras + Kalii hydrocarbonas | Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g | 20 sasz.po 3 g | 05909990269310 | 2019-01-01 | 3 lata | 20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu | 19,33 | 22,38 | 7,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,36 |
| 1946 | Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum | Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g | 220 g | 05909990210817 | 2019-01-01 | 3 lata | 74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego | 42,79 | 53,92 | 53,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,18 |
| 1947 | Ketoprofenum | Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990412112 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,49 | 12,59 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 7,72 |
| 1948 | Ketoprofenum | Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990413317 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 13,92 | 17,96 | 12,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 11,47 |
| 1949 | Ketoprofenum | Ketonal DUO, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990064694 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 16,85 | 21,32 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 14,02 |
| 1950 | Ketoprofenum | Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990046485 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,34 | 14,54 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 9,67 |
| 1951 | Ketoprofenum | Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg | 20 szt. | 05909990794553 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,75 | 7,94 | 6,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 4,70 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1952 | Ketoprofenum | Profenid, czopki, 100 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990098514 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego | 7,94 | 10,88 | 9,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 6,30 |
| 1953 | Ketoprofenum | Profenid, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990760718 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,64 | 11,70 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 6,83 |
| 1954 | Ketoprofenum | Refastin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990675593 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,99 | 14,18 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 9,31 |
| 1955 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990650521 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,35 | 7,67 | 3,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,22 |
| 1956 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 4 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990650620 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,70 | 15,35 | 6,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,46 |
| 1957 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 6 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990625697 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 19,05 | 22,76 | 10,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,42 |
| 1958 | Lacidipinum | Lacydyna, tabl. powl., 4 mg | 28 tabl. | 05909991105563 | 2019-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,10 | 14,72 | 6,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,83 |
| 1959 | Lacidipinum | Lacydyna, tabl. powl., 6 mg | 28 tabl. | 05909991105549 | 2019-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 18,14 | 21,81 | 10,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,47 |
| 1960 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991134907 | 2018-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,29 | 7,60 | 3,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,15 |
| 1961 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 2 mg | 56 szt. | 05907695215205 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,47 | 15,10 | 6,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,21 |
| 1962 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 4 mg | 28 szt. | 05909991134938 | 2018-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,53 | 15,18 | 6,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,29 |
| 1963 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 4 mg | 56 szt. | 05907695215212 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 24,95 | 29,71 | 13,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,92 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1964 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 6 mg | 28 szt. | 05909991134969 | 2018-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 18,86 | 22,56 | 10,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,22 |
| 1965 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 6 mg | 56 szt. | 05907695215229 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 37,49 | 43,87 | 20,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,19 |
| 1966 | Lacosamidum | Arkvimma, tabletki powlekane, 100 mg | 56 tabl. | 05909991362584 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 66,53 | 81,50 | 81,50 | 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 |
| 1967 | Lacosamidum | Arkvimma, tabletki powlekane, 150 mg | 56 tabl. | 05909991362621 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 99,79 | 118,63 | 118,63 | 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 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 |
| 1968 | Lacosamidum | Arkvimma, tabletki powlekane, 200 mg | 56 tabl. | 05909991365677 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 133,06 | 155,34 | 155,34 | 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 |
| 1969 | Lacosamidum | Arkvimma, tabletki powlekane, 50 mg | 14 tabl. | 05909991362522 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,42 | 12,02 | 12,02 | 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 |
| 1970 | Lacosamidum | Lackepila, tabletki powlekane, 100 mg | 56 tabl. | 05909991364038 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 75,55 | 90,96 | 90,96 | 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 |
| 1971 | Lacosamidum | Lackepila, tabletki powlekane, 150 mg | 56 tabl. | 05909991364083 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 113,35 | 132,87 | 132,87 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1972 | Lacosamidum | Lackepila, tabletki powlekane, 200 mg | 56 tabl. | 05909991364137 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 151,15 | 174,34 | 174,34 | 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 |
| 1973 | Lacosamidum | Lackepila, tabletki powlekane, 50 mg | 14 tabl. | 05909991363963 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 9,40 | 13,04 | 12,08 | 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 | 4,16 |
| 1974 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743331 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 70,20 | 85,34 | 85,34 | 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 |
| 1975 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743348 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 105,30 | 124,42 | 124,42 | 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 |
| 1976 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743355 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 140,40 | 163,05 | 163,05 | 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 |
| 1977 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg | 14 tabl. w blistrze | 05055565743324 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,77 | 12,38 | 12,08 | 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 | 3,50 |
| 1978 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabletki powlekane, 100 mg | 56 tabl. | 05902020241591 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 75,60 | 91,01 | 91,01 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1979 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabletki powlekane, 150 mg | 56 tabl. | 05902020241607 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 113,40 | 132,92 | 132,92 | 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 | 3,20 |
| 1980 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabletki powlekane, 200 mg | 56 tabl. | 05902020241614 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 151,20 | 174,39 | 174,39 | 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 |
| 1981 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabletki powlekane, 50 mg | 14 tabl. | 05902020241584 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 9,45 | 13,10 | 12,08 | 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 | 4,22 |
| 1982 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 100 mg | 56 tabl. | 05909991358358 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 68,04 | 83,07 | 83,07 | 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 | 3,20 |
| 1983 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 150 mg | 56 tabl. | 05909991358365 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 102,06 | 121,01 | 121,01 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1984 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 200 mg | 56 tabl. | 05909991358372 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 136,08 | 158,51 | 158,51 | 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 |
| 1985 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 50 mg | 14 tabl. | 05909991358341 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,49 | 12,08 | 12,08 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1986 | Lacosamidum | Lacosamide Zentiva, tabletki powlekane, 100 mg | 56 tabl. | 05909991376949 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 70,20 | 85,34 | 85,34 | 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 |
| 1987 | Lacosamidum | Lacosamide Zentiva, tabletki powlekane, 150 mg | 56 tabl. | 05909991376970 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 105,30 | 124,42 | 124,42 | 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 |
| 1988 | Lacosamidum | Lacosamide Zentiva, tabletki powlekane, 200 mg | 56 tabl. | 05909991377007 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 140,40 | 163,05 | 163,05 | 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 |
| 1989 | Lacosamidum | Lacosamide Zentiva, tabletki powlekane, 50 mg | 14 tabl. | 05909991376895 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,77 | 12,38 | 12,08 | 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 | 3,50 |
| 1990 | Lacosamidum | Seizpat, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05909991376017 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 79,67 | 79,67 | 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 |
| 1991 | Lacosamidum | Seizpat, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05909991376055 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 97,20 | 115,91 | 115,91 | 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 |
| 1992 | Lacosamidum | Seizpat, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05909991376093 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 129,60 | 151,71 | 151,71 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1993 | Lacosamidum | Seizpat, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05909991375966 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,10 | 11,68 | 11,68 | 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 |
| 1994 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 100 mg | 56 tabl. | 05909991384234 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 64,37 | 79,22 | 79,22 | 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 |
| 1995 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 150 mg | 56 tabl. | 05909991384241 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 96,55 | 115,23 | 115,23 | 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 |
| 1996 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 200 mg | 56 tabl. | 05909991384258 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 128,74 | 150,81 | 150,81 | 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 |
| 1997 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 50 mg | 14 tabl. | 05909991384197 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,05 | 11,62 | 11,62 | 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 |
| 1998 | Lacosamidum | Zilibra, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05909991368371 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 67,89 | 82,91 | 82,91 | 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 |
| 1999 | Lacosamidum | Zilibra, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05909991368401 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 101,84 | 120,78 | 120,78 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2000 | Lacosamidum | Zilibra, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05909991368432 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 135,79 | 158,21 | 158,21 | 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 |
| 2001 | Lacosamidum | Zilibra, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05909991368333 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,48 | 12,07 | 12,07 | 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 | 3,20 |
| 2002 | Lakozamid | Vimpat, syrop, 10 mg/ml | 200 ml (but.) | 05909990935505 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne | 118,80 | 139,48 | 139,48 | 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 |
| 2003 | Lakozamid | Vimpat, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05909990662593 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 302,40 | 329,15 | 96,64 | 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 | 235,71 |
| 2004 | Lakozamid | Vimpat, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05909990662623 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 453,60 | 490,13 | 144,96 | 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 | 348,37 |
| 2005 | Lakozamid | Vimpat, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05909990662661 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 604,80 | 650,67 | 193,28 | 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 | 461,37 |
| 2006 | Lakozamid | Vimpat, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05909990662555 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 42,86 | 12,08 | 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 | 33,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2007 | Lamotriginum | Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990334766 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 18,36 | 24,81 | 24,81 | <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 | 3,20 |
| 2008 | Lamotriginum | Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990334759 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,18 | 13,16 | 13,16 | <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 | 3,20 |
| 2009 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990038480 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 19,25 | 25,74 | 25,74 | 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 | 3,20 |
| 2010 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990038701 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 4,81 | 7,07 | 6,81 | 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 | 3,46 |
| 2011 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990038565 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,62 | 13,62 | 13,62 | 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 | 3,20 |
| 2012 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990346318 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 24,02 | 30,75 | 27,24 | <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 | 6,71 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2013 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990346325 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 48,06 | 59,00 | 54,48 | <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 | 7,72 |
| 2014 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990354818 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 12,61 | 15,26 | 6,81 | 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 | 11,65 |
| 2015 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990346219 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 21,71 | 26,32 | 13,62 | 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 | 15,90 |
| 2016 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg | 30 szt. | 05909990787319 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne | 50,92 | 63,32 | 63,32 | 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 |
| 2017 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg | 30 szt. | 05909990787210 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne | 12,97 | 17,79 | 15,83 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 5,16 |
| 2018 | Lamotriginum | Lamotrigine Farmax, tabletki, 100 mg | 30 tabl. | 05909991311773 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, <1>2018-11-01/<2>2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 18,36 | 24,81 | 24,81 | 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 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2019 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991006617 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 25,06 | 31,84 | 27,24 | <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 | 7,80 |
| 2020 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 90 szt. | 05909990961092 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 61,02 | 74,63 | 74,63 | Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 2021 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991006419 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 7,78 | 10,18 | 6,81 | <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 | 6,57 |
| 2022 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991006518 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 15,88 | 20,20 | 13,62 | <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 | 9,78 |
| 2023 | Lamotriginum | Symla, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990972616 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 19,13 | 25,62 | 25,62 | 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 | 3,20 |
| 2024 | Lamotriginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991138349 | <1>2019-11-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 4,77 | 7,03 | 6,81 | <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 | 3,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2025 | Lamotriginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990972418 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 4,77 | 7,03 | 6,81 | 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 | 3,42 |
| 2026 | Lamotriginum | Symla, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990972517 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,56 | 13,56 | 13,56 | 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 | 3,20 |
| 2027 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 6021,54 | 6430,15 | 6430,15 | <1>Akromegalia | hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 2028 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 6021,54 | 6430,15 | 6430,15 | <2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych | | ryczałt | 4,27 |
| 2029 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 6021,54 | 6430,15 | 6430,15 | <3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2030 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 4516,15 | 4829,73 | 4822,61 | <1>Akromegalia | hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL | ryczałt | 10,32 |
| 2031 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 4516,15 | 4829,73 | 4822,61 | <2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych | | ryczałt | 10,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2032 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 4516,15 | 4829,73 | 4822,61 | <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 | 7,12 |
| 2033 | Lansoprazolum | Lanzul, kaps., 30 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990727032 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,80 | 18,93 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,30 |
| 2034 | Lansoprazolum | Lanzul S, kaps., 15 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990869817 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,40 | 9,69 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,38 |
| 2035 | Lansoprazolum | Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg | 28 szt. | 05909990064045 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,10 | 8,34 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,03 |
| 2036 | Lansoprazolum | Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909990064076 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,20 | 16,20 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,57 |
| 2037 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990995479 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,90 | 28,57 | 28,57 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 2038 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991189792 | 2018-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 62,64 | 78,39 | 78,39 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2039 | Latanoprostum | Latadrop, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909990807079 | 2020-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,75 | 31,56 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 3,57 |
| 2040 | Latanoprostum | Latalux, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990813582 | 2019-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,43 | 35,42 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 7,43 |
| 2041 | Latanoprostum | Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990931873 | 2019-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,06 | 32,93 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 4,94 |
| 2042 | Latanoprostum | Latanoprost STADA, krople do oczu, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990853007 | 2019-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,95 | 28,62 | 28,62 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 2043 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991019693 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,37 | 40,38 | 37,43 | Jaskra | | ryczałt | 6,15 |
| 2044 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991019709 | 2021-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 94,13 | 112,28 | 112,28 | Jaskra | | ryczałt | 9,60 |
| 2045 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990841448 | 2019-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,89 | 36,95 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 8,96 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2046 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05900411001298 | 2019-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 83,16 | 99,94 | 93,57 | Jaskra | | ryczałt | 14,37 |
| 2047 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991102883 | 2019-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,92 | 42,01 | 37,43 | Jaskra | | ryczałt | 7,78 |
| 2048 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 poj. | 05909991102890 | 2019-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 100,43 | 118,89 | 112,28 | Jaskra | | ryczałt | 16,21 |
| 2049 | Latanoprostum | Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05903546007524 | 2020-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,28 | 34,21 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 6,22 |
| 2050 | Latanoprostum | Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05903546007531 | 2020-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 78,84 | 95,40 | 93,57 | Jaskra | | ryczałt | 9,83 |
| 2051 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909990411825 | 2020-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 78,84 | 95,40 | 93,57 | Jaskra | | ryczałt | 9,83 |
| 2052 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml (0,005%) | 2,5 ml (but.) | 05909990411818 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,15 | 37,23 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 9,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2053 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909990741311 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,39 | 40,63 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 12,64 |
| 2054 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060601673 | 2019-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 86,67 | 103,62 | 93,57 | Jaskra | | ryczałt | 18,05 |
| 2055 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 szt. | 05909991220365 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,52 | 43,68 | 37,43 | Jaskra | | ryczałt | 9,45 |
| 2056 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991220396 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 103,56 | 122,19 | 112,28 | Jaskra | | ryczałt | 19,51 |
| 2057 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991429249 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,88 | 28,54 | 28,54 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 2058 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991429256 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 62,53 | 78,28 | 78,28 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 2059 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990879687 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,35 | 40,59 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 12,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2060 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05906414000948 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 68,03 | 84,05 | 84,05 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 2061 | Latanoprostum + Timololum | Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991306649 | 2021-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,95 | 29,67 | 29,67 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 2062 | Latanoprostum + Timololum | Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml | 2,5 ml | 05909990946587 | 2021-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,65 | 35,65 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 7,66 |
| 2063 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909991057213 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,35 | 40,59 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 12,60 |
| 2064 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05415062343609 | 2020-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 67,33 | 83,32 | 83,32 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 2065 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990894543 | 2019-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,40 | 40,64 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 12,65 |
| 2066 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060606630 | 2021-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 77,75 | 94,26 | 93,57 | Jaskra | | ryczałt | 8,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2067 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 10 mg | 30 tabl. (but.) | 05909990977826 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 51,84 | 64,02 | 60,50 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 6,72 |
| 2068 | Leflunomidum | Arava, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 05901878600482 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 93,96 | 112,25 | 112,25 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2069 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 tabl. (but.) | 05909990977925 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 101,52 | 120,19 | 120,19 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2070 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg | 30 szt. | 05909991309138 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 42,12 | 53,82 | 53,82 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2071 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 05909991309145 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 84,24 | 102,04 | 102,04 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2072 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 04037353010604 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 48,49 | 60,50 | 60,50 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2073 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 04037353015388 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 72,74 | 88,52 | 88,52 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2074 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 04037353010628 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 96,98 | 115,42 | 115,42 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2075 | Leflunomidum | Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990858651 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 96,98 | 115,42 | 115,42 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2076 | Leflunomidum | Leflunomide Zentiva, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991416683 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 41,58 | 53,25 | 53,25 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2077 | Leflunomidum | Leflunomide Zentiva, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991416720 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 83,16 | 100,91 | 100,91 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 2078 | Letrozolum | Aromek, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909991060718 | <1>2019-01-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 44,06 | 55,39 | 55,39 | <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 |
| 2079 | Letrozolum | Clarzole, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990799923 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 48,82 | 60,39 | 55,39 | 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 | 5,00 |
| 2080 | Letrozolum | Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990710201 | <1>2019-01-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 51,62 | 63,34 | 55,39 | <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 | 7,95 |
| 2081 | Letrozolum | Lametta, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909991061111 | <1>2019-01-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 44,06 | 55,39 | 55,39 | <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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2082 | Letrozolum | Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990794683 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 43,20 | 54,49 | 54,49 | 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 | 0,00 |
| 2083 | Letrozolum | Symletrol, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990956395 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 47,30 | 58,80 | 55,39 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 3,41 |
| 2084 | Leuprorelinum | Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22.5 mg | 1 zest. (tacki) | 05909990075751 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 598,18 | 653,34 | 563,14 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 99,80 |
| 2085 | Leuprorelinum | Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg | 1 zest. (2 strz.napeł.) | 05909990634057 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 1128,73 | 1223,19 | 1126,29 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 116,10 |
| 2086 | Leuprorelinum | Eligard 7,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 7.5 mg | 1 zest. (tacki) | 05909990075768 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 255,73 | 285,27 | 187,71 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 100,76 |
| 2087 | Leuprorelinum | Leuprostin, implant, 3.6 mg | 1 implant | 05909990836246 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 190,08 | 216,33 | 187,71 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 31,82 |
| 2088 | Leuprorelinum | Leuprostin, implant, 5 mg | 1 implant | 05909990836277 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 517,21 | 568,33 | 563,14 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 14,79 |
| 2089 | Levetiracetamum | Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml | 05909990928149 | 2021-01-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 59,40 | 73,03 | 72,23 | Padaczka | | ryczałt | 4,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2090 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990928248 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 60,48 | 72,16 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 25,49 |
| 2091 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990928200 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 19,46 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 10,10 |
| 2092 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990928224 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 30,24 | 37,37 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 15,45 |
| 2093 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990928231 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 45,36 | 54,81 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 20,34 |
| 2094 | Levetiracetamum | Keppra, roztwór do stosowania doustnego, 100 mg/ml | 300 ml | 05909990006755 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 98,66 | 114,25 | 72,23 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 45,22 |
| 2095 | Levetiracetamum | Keppra, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990901326 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 338,26 | 367,83 | 100,46 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 274,48 |
| 2096 | Levetiracetamum | Keppra, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990901319 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 169,13 | 186,26 | 50,23 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 139,59 |
| 2097 | Levetiracetamum | Keppra, tabl. powl., 250 mg | 100 szt. | 05909990901128 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 84,56 | 94,41 | 25,12 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 72,49 |
| 2098 | Levetiracetamum | Keppra, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990901111 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 42,28 | 47,97 | 12,56 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 38,61 |
| 2099 | Levetiracetamum | Keppra, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990901227 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 169,13 | 186,26 | 50,23 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 139,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2100 | Levetiracetamum | Keppra, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990901210 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 84,56 | 94,41 | 25,12 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 72,49 |
| 2101 | Levetiracetamum | Keppra, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990006670 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 253,69 | 277,10 | 75,35 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 207,08 |
| 2102 | Levetiracetamum | Keppra, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990006649 | 2019-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 126,85 | 140,37 | 37,67 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 105,90 |
| 2103 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990989805 | 2020-11-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 46,36 | 57,34 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 10,67 |
| 2104 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990989379 | 2020-11-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 23,18 | 29,96 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 8,04 |
| 2105 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml | 05909991374518 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 29,16 | 37,74 | 36,12 | Padaczka | | ryczałt | 4,82 |
| 2106 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991374501 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 58,32 | 71,90 | 71,90 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2107 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990921751 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 79,19 | 95,81 | 95,81 | Padaczka | | ryczałt | 7,11 |
| 2108 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990921737 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 39,59 | 50,23 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 3,56 |
| 2109 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg | 100 tabl. | 05909990921522 | 2018-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 19,77 | 26,38 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 4,46 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2110 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990921492 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 9,89 | 13,96 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 4,60 |
| 2111 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990921591 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 39,59 | 50,23 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 3,56 |
| 2112 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990921577 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 19,80 | 26,41 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 4,49 |
| 2113 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg | 100 tabl. | 05909990921676 | 2018-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 59,36 | 73,06 | 73,06 | Padaczka | | ryczałt | 5,33 |
| 2114 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990921652 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 29,68 | 38,34 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 3,87 |
| 2115 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991361372 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 58,16 | 71,73 | 71,73 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2116 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990971305 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 39,25 | 49,87 | 49,87 | Padaczka | | ryczałt | 3,56 |
| 2117 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990970957 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 9,81 | 13,88 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 4,52 |
| 2118 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990971060 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 19,62 | 26,22 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 4,30 |
| 2119 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990971183 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 29,43 | 38,08 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 3,61 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2120 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml (but.) | 05909990958672 | 2021-05-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 56,16 | 69,63 | 69,63 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2121 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990959167 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 102,51 | 120,30 | 100,46 | Padaczka | | ryczałt | 26,95 |
| 2122 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990959129 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 51,26 | 62,48 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 15,81 |
| 2123 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 250 mg | 100 szt. | 05909990958764 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 25,63 | 32,53 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 10,61 |
| 2124 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990958726 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 12,82 | 17,04 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 7,68 |
| 2125 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990959037 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 51,26 | 62,48 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 15,81 |
| 2126 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990958986 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 25,63 | 32,53 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 10,61 |
| 2127 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990958894 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 76,90 | 91,48 | 75,35 | Padaczka | | ryczałt | 21,46 |
| 2128 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990958856 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 38,45 | 47,55 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 13,08 |
| 2129 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990998302 | 2019-07-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 47,52 | 58,56 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 11,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2130 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990998135 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 11,88 | 16,05 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 6,69 |
| 2131 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990998180 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 23,76 | 30,57 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 8,65 |
| 2132 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990998258 | 2019-05-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 35,64 | 44,60 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 10,13 |
| 2133 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909991032043 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 116,47 | 134,95 | 100,46 | Padaczka | | ryczałt | 41,60 |
| 2134 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909991031992 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 58,23 | 69,80 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 23,13 |
| 2135 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909991031497 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 14,56 | 18,87 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 9,51 |
| 2136 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909991031640 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 58,23 | 69,80 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 23,13 |
| 2137 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909991031602 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 29,12 | 36,19 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 14,27 |
| 2138 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909991031886 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 43,14 | 52,48 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 18,01 |
| 2139 | Levetiracetamum | Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem | 05909990925841 | 2021-01-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 58,64 | 72,23 | 72,23 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2140 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990925957 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 108,00 | 126,06 | 100,46 | Padaczka | | ryczałt | 32,71 |
| 2141 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990925940 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 54,00 | 65,36 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 18,69 |
| 2142 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990925858 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 13,50 | 17,76 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 8,40 |
| 2143 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990925889 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 54,00 | 65,36 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 18,69 |
| 2144 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990925872 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 27,00 | 33,97 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 12,05 |
| 2145 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990925926 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 40,50 | 49,71 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 15,24 |
| 2146 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909990935901 | 2020-11-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 59,40 | 73,03 | 72,23 | Padaczka | | ryczałt | 4,00 |
| 2147 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml | 150 ml | 05909990935895 | 2021-03-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 29,81 | 38,42 | 36,12 | Padaczka | | ryczałt | 5,50 |
| 2148 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990936250 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 60,48 | 72,16 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 25,49 |
| 2149 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990935956 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 19,46 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 10,10 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2150 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990936052 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 30,24 | 37,37 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 15,45 |
| 2151 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990936151 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 45,36 | 54,81 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 20,34 |
| 2152 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990656929 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 13,87 | 8,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 7,84 |
| 2153 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990656936 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,34 | 19,45 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 11,01 |
| 2154 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990656943 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,20 | 20,54 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 11,49 |
| 2155 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 90 tabl. | 05909991192600 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 46,76 | 38,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 19,61 |
| 2156 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990904099 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 17,93 | 23,04 | 17,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,66 |
| 2157 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990904129 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,90 | 18,99 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,55 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2158 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05906414000726 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,06 | 26,35 | 24,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,46 |
| 2159 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05906414000733 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,08 | 38,34 | 36,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 13,01 |
| 2160 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lecetax, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990997640 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,75 | 15,68 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 7,24 |
| 2161 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990790807 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, <1>2021-05-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,77 | 13,60 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,16 |
| 2162 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05902020241133 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,63 | 25,90 | 24,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,01 |
| 2163 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05902020241140 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,45 | 37,68 | 36,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 12,35 |
| 2164 | Levocetirizini dihydrochloridum | Nossin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991060589 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,82 | 13,65 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2165 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990918072 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,11 | 26,56 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 18,12 |
| 2166 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal, tabl. powl., 5 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 05909990918041 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,78 | 8,07 | 3,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,96 |
| 2167 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909991358105 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 16,63 | 21,66 | 17,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,28 |
| 2168 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909991376550 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 16,85 | 21,89 | 17,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,51 |
| 2169 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 szt. (1 but.po 200 ml) | 05909990619627 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 21,29 | 26,55 | 17,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 14,17 |
| 2170 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zenaro, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990781720 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,04 | 18,08 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,64 |
| 2171 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990765034 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,61 | 19,73 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 11,29 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2172 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05907695215014 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,54 | 34,21 | 24,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 17,32 |
| 2173 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabletki powlekane, 5 mg | 84 tabletki | 05907695215267 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,06 | 38,32 | 36,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 12,99 |
| 2174 | Levodopum + Benserazidum | Madopar, kaps., 200+50 mg | 100 szt. | 05909990095216 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 81,00 | 97,80 | 97,80 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,56 |
| 2175 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990095018 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 42,44 | 53,31 | 48,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 7,61 |
| 2176 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg | 100 szt. | 05909990748723 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 42,44 | 53,31 | 48,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 7,61 |
| 2177 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg | 100 szt. | 05909990095117 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 81,00 | 97,80 | 97,80 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,56 |
| 2178 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg | 100 szt. | 05909990094912 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 21,22 | 27,97 | 24,45 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 6,72 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2179 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg | 100 szt. | 05909990748624 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 21,22 | 27,97 | 24,45 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 6,72 |
| 2180 | Levodopum + Benserazidum | Madopar HBS, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990377510 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 42,44 | 53,31 | 48,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 7,61 |
| 2181 | Levodopum + Carbidopum | Nakom, tabl., 250+25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990175215 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 63,72 | 80,73 | 80,73 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 4,44 |
| 2182 | Levodopum + Carbidopum | Nakom Mite, tabl., 100+25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990175314 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 38,88 | 49,57 | 48,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,87 |
| 2183 | Levodopum + Carbidopum | Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg | 100 szt. | 05909990020416 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 78,24 | 94,89 | 94,89 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,56 |
| 2184 | Levomepromazinum | Tisercin, tabl. powl., 25 mg | 50 szt. | 05909990193912 | 2019-01-01 | 3 lata | 173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego | 8,07 | 11,51 | 11,51 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2185 | Levomepromazinum | Tisercin, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990183418 | 2019-01-01 | 3 lata | 173.2, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania pozajelitowego | 12,04 | 16,67 | 16,67 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2186 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051426 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 10,64 | 14,84 | 14,84 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,11 |
| 2187 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051419 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,78 | 8,20 | 7,44 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,32 |
| 2188 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990719006 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,02 | 8,64 | 8,33 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,29 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2189 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051525 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 13,07 | 17,93 | 17,93 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 8,89 |
| 2190 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051518 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,45 | 9,30 | 9,30 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,44 |
| 2191 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990719037 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,70 | 9,77 | 9,77 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,87 |
| 2192 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051624 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 14,04 | 19,49 | 19,49 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 10,67 |
| 2193 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051617 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,56 | 10,88 | 10,88 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,33 |
| 2194 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051716 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 8,96 | 12,75 | 12,75 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,22 |
| 2195 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051815 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 9,62 | 13,77 | 13,77 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,11 |
| 2196 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051129 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,74 | 8,16 | 3,72 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,64 |
| 2197 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051112 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 4,82 | 5,61 | 1,86 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,61 |
| 2198 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051228 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 9,31 | 11,91 | 7,44 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 8,03 |
| 2199 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051211 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,18 | 6,52 | 3,72 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,00 |
| 2200 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051327 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 10,04 | 13,48 | 11,16 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,65 |
| 2201 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051310 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,69 | 7,59 | 5,58 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,21 |
| 2202 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990718986 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,72 | 7,91 | 6,55 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,56 |
| 2203 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990168910 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,51 | 7,92 | 7,44 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,04 |
| 2204 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991107307 | 2019-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,45 | 9,30 | 9,30 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2205 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909990820610 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,88 | 11,21 | 11,16 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,38 |
| 2206 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990374014 | 2019-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,18 | 6,52 | 3,72 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,00 |
| 2207 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991107260 | 2019-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 4,97 | 6,84 | 5,58 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,46 |
| 2208 | Lidocaini hydrochloridum + Noradrenalini tartras | Lignocainum 2% c. noradrenalino 0,00125% WZF, roztwór do wstrzykiwań, (20+0,025) mg/ml | 10 amp.po 2 ml | 05909990092819 | 2019-01-01 | 3 lata | 148.0, Leki znieczulające miejscowo - lidokaina w połączeniu z norepinefryną - roztwór do wstrzykiwań | 8,59 | 12,23 | 12,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2209 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991235826 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,45 | 7,37 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,26 |
| 2210 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991013417 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,56 | 9,59 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,48 |
| 2211 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991235819 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,85 | 14,36 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,14 |
| 2212 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991013516 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,58 | 18,28 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,06 |
| 2213 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg | 30 tabl. | 05909991357337 | 2018-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 13,74 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,52 |
| 2214 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg | 30 tabl. | 05909991365691 | 2018-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 14,31 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,09 |
| 2215 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg | 30 tabl. | 05909991266608 | 2017-09-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,02 | 14,54 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2216 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991013318 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,78 | 4,79 | 2,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,79 |
| 2217 | Lisinoprilum | Lisinoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990939817 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 12,42 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,31 |
| 2218 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabletki, 20 mg | 28 szt. | 05909991392697 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,18 | 12,44 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,50 |
| 2219 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990939916 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,20 | 19,98 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,76 |
| 2220 | Lisinoprilum | Lisinoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990939718 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,91 | 8,08 | 2,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,08 |
| 2221 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990682447 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 12,31 | 4,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,56 |
| 2222 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990682461 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,20 | 19,81 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,87 |
| 2223 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990682409 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,70 | 7,81 | 2,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,81 |
| 2224 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133122 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,43 | 9,34 | 4,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,59 |
| 2225 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133023 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,75 | 17,24 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2226 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991132927 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,69 | 4,64 | 2,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,64 |
| 2227 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 10+5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990701803 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,82 | 16,17 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,06 |
| 2228 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+10 mg | 30 szt. | 05909990761685 | 2019-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,25 | 24,24 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 20,02 |
| 2229 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+5 mg | 30 szt. | 05909990970520 | 2018-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,90 | 22,82 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 18,60 |
| 2230 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708352 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,64 | 14,92 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,81 |
| 2231 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708369 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,04 | 21,91 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,69 |
| 2232 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg | 28 szt. | 05909991167714 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,96 | 20,61 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 16,67 |
| 2233 | Lithium | Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg | 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 05909990148714 | 2019-01-01 | 3 lata | 180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu | 10,80 | 15,11 | 15,11 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2234 | Loperamidi hydrochloridum | Loperamid WZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990038220 | 2019-01-01 | 3 lata | 10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid | 5,16 | 7,55 | 7,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,78 |
| 2235 | Loratadinum | Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml | 120 ml | 05909990739318 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 9,29 | 12,68 | 10,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 5,25 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2236 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990739233 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,53 | 16,70 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,65 |
| 2237 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990223343 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,92 | 30,67 | 25,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 12,58 |
| 2238 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990223350 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,66 | 47,66 | 38,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 20,51 |
| 2239 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990795420 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,10 | 16,24 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,19 |
| 2240 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990670253 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,91 | 30,66 | 25,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 12,57 |
| 2241 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990670260 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,96 | 44,83 | 38,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 17,68 |
| 2242 | Loratadinum | Loratan, kaps. miękkie, 10 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990909049 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,74 | 16,91 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2243 | Loratadinum | Loratan, syrop, 5 mg/5 ml | 125 ml | 05909990839018 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 8,93 | 12,42 | 11,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 4,68 |
| 2244 | Losartan potassium + Hydrochlorothiazid | Losacor HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990729685 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 13,91 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,60 |
| 2245 | Losartanum | Cozaar, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990674411 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,84 | 13,95 | 9,01 | 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% | 7,64 |
| 2246 | Losartanum | Lakea, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991108212 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 14,05 | 9,65 | 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% | 7,30 |
| 2247 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990638659 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | 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% | 13,07 |
| 2248 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990818914 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,21 | 13,29 | 9,01 | 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% | 6,98 |
| 2249 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990649112 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | 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% | 13,07 |
| 2250 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990649129 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,92 | 32,82 | 27,03 | 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% | 13,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2251 | Losartanum | Losacor, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991055110 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,56 | 14,85 | 9,65 | 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% | 8,10 |
| 2252 | Losartanum | Losagen, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990639885 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,48 | 9,37 | 9,01 | 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% | 3,06 |
| 2253 | Losartanum | Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg | 28 tabl. | 05909991297060 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,69 | 15,47 | 15,47 | 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% | 4,64 |
| 2254 | Losartanum | Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg | 28 tabl. | 05909991296940 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,35 | 8,19 | 8,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek 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% | 2,46 |
| 2255 | Losartanum | Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990956654 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 14,05 | 9,65 | 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% | 7,30 |
| 2256 | Losartanum | Losartic, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990621439 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 13,34 | 9,01 | 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% | 7,03 |
| 2257 | Losartanum | Lozap 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990573905 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,79 | 15,09 | 9,65 | 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% | 8,34 |
| 2258 | Losartanum | Presartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990724345 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,37 | 11,50 | 9,65 | 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% | 4,75 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2259 | Losartanum | Xartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990481118 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,68 | 22,32 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 15,57 |
| 2260 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 100+10 mg | 30 szt. | 05909991105853 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,65 | 29,28 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,76 |
| 2261 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 100+5 mg | 30 szt. | 05909991105785 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,65 | 29,28 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,76 |
| 2262 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 30 szt. | 05909991105723 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,77 | 15,07 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,32 |
| 2263 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 60 szt. | 05909991105747 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,65 | 29,28 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,76 |
| 2264 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 90 szt. | 05909991105761 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,48 | 43,07 | 28,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,80 |
| 2265 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 30 szt. | 05909991105655 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,77 | 15,07 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,32 |
| 2266 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 60 szt. | 05909991105679 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,65 | 29,28 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,76 |
| 2267 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 90 szt. | 05909991105693 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,48 | 43,07 | 28,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,80 |
| 2268 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990433612 | 2019-01-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,84 | 13,95 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,64 |
| 2269 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Loreblok HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. | 05909990778843 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 13,18 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,87 |
| 2270 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990337392 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,21 | 13,29 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2271 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990686339 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,07 |
| 2272 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990686360 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,62 | 37,75 | 27,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,83 |
| 2273 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645565 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,07 |
| 2274 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 100+25 mg | 28 tabl. | 05909990810796 | 2018-01-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,04 | 14,79 | 14,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,44 |
| 2275 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990611980 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,79 | 15,09 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,34 |
| 2276 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990721894 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 27,13 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,61 |
| 2277 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990721641 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 14,05 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,30 |
| 2278 | Losartanum kalicum | Cozaar, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073428 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,68 | 27,01 | 18,02 | 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% | 14,40 |
| 2279 | Losartanum kalicum | Loreblok, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990770601 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,56 | 10,51 | 9,01 | 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% | 4,20 |
| 2280 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990970513 | 2019-01-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,68 | 27,01 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,40 |
| 2281 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg | 28 szt. | 05909990816484 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2282 | Lovastatinum | Liprox, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990842315 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,74 | 14,45 | 3,68 | 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% | 11,87 |
| 2283 | Lovastatinum | Lovasterol, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990422159 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,96 | 14,68 | 3,68 | 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% | 12,10 |
| 2284 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 18.5 mg | 28 szt. | 05909991108670 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon | 199,98 | 227,73 | 227,73 | Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2285 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 37 mg | 28 szt. | 05909991108762 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon | 199,98 | 227,73 | 227,73 | Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2286 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 74 mg | 28 szt. | 05909991108878 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon | 199,98 | 227,73 | 227,73 | Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2287 | Mebendazolum | Vermox, tabl., 100 mg | 6 szt. | 05909990250615 | 2019-01-01 | 3 lata | 194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol | 8,37 | 11,93 | 11,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2288 | Mebendazolum | Vermox, tabl., 100 mg | 6 tabl. | 05909997217963 | 2018-01-01 | 5 lat | 194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol | 5,99 | 9,43 | 9,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2289 | Medroxyprogesteronum | Depo-Provera, zawiesina do wstrzykiwań, 150 mg/ml | 1 fiol.po 3,3 ml | 05909990236510 | 2019-01-01 | 3 lata | 127.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - medroksyprogesteron do podawania pozajelitowego | 10,96 | 15,31 | 15,31 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2290 | Medroxyprogesteronum | Provera, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990155514 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 13,72 | 18,34 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,39 |
| 2291 | Medroxyprogesteronum | Provera, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990236411 | 2019-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 6,66 | 9,31 | 7,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,83 |
| 2292 | Megestroli acetas | Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 240 ml | 05909990614608 | 2019-01-01 | 3 lata | 128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne | 116,64 | 137,09 | 137,09 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 6,40 |
| 2293 | Megestroli acetas | Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 240 ml | 05909990437627 | 2019-01-01 | 3 lata | 128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne | 116,64 | 137,09 | 137,09 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 6,40 |
| 2294 | Megestroli acetas | Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 240 ml | 05909991054519 | 2019-01-01 | 3 lata | 128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne | 117,72 | 138,23 | 137,09 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 7,54 |
| 2295 | Megestroli acetas | Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 1 but.po 240 ml | 05909990895977 | 2019-07-01 | 3 lata | 128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne | 116,64 | 137,09 | 137,09 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 6,40 |
| 2296 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990224883 | 2019-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,64 | 11,70 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,83 |
| 2297 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990610006 | 2019-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 14,97 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2298 | Meloxicamum | Aspicam, tabl., 15 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990997527 | 2019-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,56 | 12,67 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,80 |
| 2299 | Meloxicamum | Aspicam, tabl., 15 mg | 60 szt. | 05907695215168 | 2018-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 21,36 | 28,13 | 28,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,07 |
| 2300 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 20 szt. | 05909991228262 | 2019-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,70 | 9,67 | 9,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,84 |
| 2301 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 30 szt. | 05909991228279 | 2019-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,84 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,92 |
| 2302 | Meloxicamum | Meloxistad, tabl. powl., 15 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990431151 | 2019-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 4,30 | 5,95 | 4,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,52 |
| 2303 | Meloxicamum | Meloxistad, tabl. powl., 15 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990431168 | 2019-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,11 | 10,10 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2304 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990464425 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,10 | 7,84 | 4,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,41 |
| 2305 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990464418 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 13,40 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,53 |
| 2306 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990612406 | 2019-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 3,54 | 5,14 | 4,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,71 |
| 2307 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990612420 | 2019-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,84 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,92 |
| 2308 | Meloxicamum | Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 20 szt. | 05909990866625 | 2019-11-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,77 | 9,74 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,87 |
| 2309 | Melphalanum | Alkeran, tabl.powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990283514 | 2019-11-01 | 3 lata | 235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan | 112,85 | 132,91 | 132,91 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2310 | 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 | <1>2018-07-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1236,58 | 1340,05 | 1292,01 | <1>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; <2>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 | | ryczałt | 51,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2311 | 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 | <1>2018-07-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 617,75 | 675,71 | 646,02 | <1>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; <2>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 | | ryczałt | 32,89 |
| 2312 | Menotropinum | Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m. | 1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem | 05909991219338 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 138,78 | 161,51 | 161,51 | 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 | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2313 | Menotropinum | Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m. | 1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem | 05909991219307 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 69,39 | 84,64 | 80,74 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 7,10 |
| 2314 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2019-01-01 | 3 lata | 230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna | 26,46 | 34,45 | 34,45 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2315 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2019-01-01 | 3 lata | 230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna | 26,46 | 34,45 | 34,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2316 | Mesalazinum | Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg | 100 szt. | 05909991084011 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 38,76 | 48,19 | 38,74 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 12,65 |
| 2317 | Mesalazinum | Asamax 250, czopki, 250 mg | 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.) | 05909991083816 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 44,78 | 20,85 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 27,13 |
| 2318 | Mesalazinum | Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991084110 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 63,18 | 77,47 | 77,47 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,56 |
| 2319 | Mesalazinum | Asamax 500, czopki, 500 mg | 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.) | 05909991083915 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,60 | 87,26 | 41,70 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 48,76 |
| 2320 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 14 szt. | 05907529109908 | 2019-03-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,18 | 47,61 | 38,92 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 11,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2321 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 15 szt. | 05907529110003 | 2019-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,50 | 50,41 | 41,70 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 11,91 |
| 2322 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 28 szt. | 05907529110010 | 2019-03-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,52 | 85,23 | 77,84 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 10,59 |
| 2323 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05907529110027 | 2019-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,31 | 83,40 | 83,40 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2324 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991074012 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,65 | 29,92 | 20,85 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 12,27 |
| 2325 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05907529109809 | 2019-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,50 | 50,41 | 41,70 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 11,91 |
| 2326 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990656820 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,97 | 85,19 | 38,92 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 49,47 |
| 2327 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990656813 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 147,94 | 166,53 | 77,84 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 91,89 |
| 2328 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 50 sasz.po 2 g granulatu | 05909990855315 | 2019-07-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 132,65 | 150,41 | 77,47 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 76,50 |
| 2329 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 60 szt. | 05909990974375 | 2019-05-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 158,37 | 178,75 | 92,96 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 90,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2330 | Mesalazinum | Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml | 7 szt.po 100 ml | 05909990818815 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne | 48,76 | 58,51 | 35,82 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 25,89 |
| 2331 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g | 60 sasz. | 05909990974184 | 2019-11-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 316,12 | 348,39 | 185,93 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 170,99 |
| 2332 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g | 30 sasz. | 05909991273989 | 2021-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 315,58 | 347,81 | 185,93 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 170,41 |
| 2333 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990662111 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 131,98 | 149,70 | 77,47 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 75,79 |
| 2334 | Mesalazinum | Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml | 7 but.po 60 ml | 05909990970117 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne | 122,25 | 143,28 | 143,28 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2335 | Mesalazinum | Salofalk 1 g, czopki, 1 g | 30 szt. | 05909990806430 | 2019-05-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 135,00 | 153,42 | 83,40 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 73,22 |
| 2336 | Mesalazinum | Salofalk 500, czopki, 500 mg | 30 szt. (6 blist.po 5 szt.) | 05909990422227 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 81,53 | 93,49 | 41,70 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 54,99 |
| 2337 | Mesalazinum | Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990400119 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 42,12 | 51,71 | 38,74 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 16,17 |
| 2338 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990765430 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,40 | 13,72 | 13,72 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2339 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 90 tabl. | 05903792661600 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 13,12 | 18,80 | 18,80 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,80 |
| 2340 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990765386 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,70 | 7,20 | 7,20 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2341 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 90 tabl. | 05903792661563 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 6,57 | 10,04 | 10,04 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2342 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990765409 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,10 | 12,00 | 12,00 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2343 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 90 tabl. | 05903792661587 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,16 | 16,21 | 16,21 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,08 |
| 2344 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991395322 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,73 | 14,58 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 9,86 |
| 2345 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991395339 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,49 | 28,51 | 15,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 15,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2346 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991395278 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,44 | 28,46 | 15,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 15,81 |
| 2347 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991395247 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,86 | 7,33 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,57 |
| 2348 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991395254 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,73 | 14,58 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 9,86 |
| 2349 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909991395261 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,60 | 21,62 | 11,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 12,93 |
| 2350 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991395285 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,80 | 11,00 | 5,94 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,26 |
| 2351 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991395292 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,60 | 21,62 | 11,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 12,93 |
| 2352 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabletki powlekane, 1000 mg | 120 tabl. | 05909991352417 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,68 | 29,83 | 29,83 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2353 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabletki powlekane, 1000 mg | 60 tabl. | 05909991352400 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 12,31 | 16,78 | 15,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,13 |
| 2354 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698141 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,58 | 10,22 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,50 |
| 2355 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698172 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,37 | 15,08 | 11,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,39 |
| 2356 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698257 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,47 | 14,48 | 13,47 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,21 |
| 2357 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698271 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,70 | 20,98 | 20,21 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,85 |
| 2358 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 | <1>2019-05-01/<2>2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,33 | 29,47 | 29,47 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |
| 2359 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 | <1>2019-05-01/<2>2021-05-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,33 | 29,47 | 29,47 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 8,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2360 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,65 | 8,19 | 7,92 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,47 |
| 2361 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,65 | 8,19 | 7,92 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 2,65 |
| 2362 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,86 | 16,30 | 15,85 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,65 |
| 2363 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,86 | 16,30 | 15,85 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 5,21 |
| 2364 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990078998 | <1>2019-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,14 | 23,02 | 23,02 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,80 |
| 2365 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990078998 | <1>2019-09-01/<2>2020-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,14 | 23,02 | 23,02 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 6,91 |
| 2366 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05903060614406 | <1>2019-05-01/<2>2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,17 | 15,58 | 15,58 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2367 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05903060614406 | <1>2019-05-01/<2>2021-05-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,17 | 15,58 | 15,58 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 4,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2368 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990078943 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,21 | 4,55 | 3,96 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,79 |
| 2369 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990078943 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,21 | 4,55 | 3,96 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 1,78 |
| 2370 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990078950 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 6,40 | 8,98 | 7,92 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,26 |
| 2371 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990078950 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 6,40 | 8,98 | 7,92 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 3,44 |
| 2372 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 05909990078967 | <1>2019-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,56 | 12,13 | 11,89 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,44 |
| 2373 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 05909990078967 | <1>2019-09-01/<2>2020-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,56 | 12,13 | 11,89 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 3,81 |
| 2374 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. | 05903060614420 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 18,98 | 25,42 | 25,42 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,44 |
| 2375 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990079001 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,74 | 6,98 | 6,74 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2376 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990079025 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,49 | 13,45 | 13,45 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2377 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990079032 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,58 | 19,80 | 19,80 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,08 |
| 2378 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990789290 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,51 | 7,79 | 6,74 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,25 |
| 2379 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909990864461 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 31,50 | 36,93 | 15,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 24,28 |
| 2380 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990624768 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,60 | 18,64 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 13,92 |
| 2381 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990213436 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,40 | 27,71 | 11,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 19,02 |
| 2382 | Metformini hydrochloridum | Metfogamma 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990654598 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,40 | 7,93 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2383 | Metformini hydrochloridum | Metfogamma 850, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991032913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,00 | 6,20 | 6,20 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2384 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991425845 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 20,52 | 27,57 | 27,57 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |
| 2385 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991252069 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,14 | 29,27 | 29,27 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |
| 2386 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990053056 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,71 | 8,26 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,54 |
| 2387 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909991425821 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,26 | 14,62 | 14,62 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2388 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909991425838 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,39 | 21,18 | 21,18 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,80 |
| 2389 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,79 | 5,17 | 3,96 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2390 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 | <1>2019-01-01/<2>2020-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,79 | 5,17 | 3,96 | <2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 2,40 |
| 2391 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 30 szt. | 05909990450718 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,28 | 7,54 | 6,74 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,00 |
| 2392 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 90 szt. | 05909990935277 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,70 | 20,98 | 20,21 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,85 |
| 2393 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991404918 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,71 | 14,56 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 9,84 |
| 2394 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991404925 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,43 | 28,45 | 15,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 15,80 |
| 2395 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909990652112 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,87 | 9,44 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,68 |
| 2396 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909990933167 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,55 | 18,59 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 13,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2397 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909990933174 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,33 | 27,65 | 11,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 18,96 |
| 2398 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991404895 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,02 | 11,23 | 5,94 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,49 |
| 2399 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991404901 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 18,04 | 22,08 | 11,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 13,39 |
| 2400 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 05909991394585 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 44,71 | 52,97 | 31,69 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 27,68 |
| 2401 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991394554 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,18 | 14,00 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 9,28 |
| 2402 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991394462 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,36 | 28,38 | 15,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 15,73 |
| 2403 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991394431 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,79 | 7,26 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2404 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 05909991394516 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 33,53 | 40,23 | 23,77 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 21,26 |
| 2405 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991394486 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,38 | 10,56 | 5,94 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 7,82 |
| 2406 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg | 30 tabl. | 05909991271756 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 12,61 | 15,50 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,78 |
| 2407 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg | 60 tabl. | 05909991271763 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 25,23 | 30,34 | 15,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 17,69 |
| 2408 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 tabl. | 05909991271695 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 6,31 | 7,81 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 7,05 |
| 2409 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 tabl. | 05909991271701 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 12,61 | 15,50 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,78 |
| 2410 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 30 tabl. | 05909991271732 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,46 | 11,69 | 5,94 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2411 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 60 tabl. | 05909991271749 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 18,92 | 23,01 | 11,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 14,32 |
| 2412 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990765423 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,40 | 7,93 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,21 |
| 2413 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990765379 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 2,59 | 3,90 | 3,90 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2414 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990765393 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,32 | 6,54 | 6,54 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2415 | Metforminum | Glucophage, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990789306 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2416 | Metforminum | Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990717248 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,67 | 8,21 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,49 |
| 2417 | Metforminum | Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990789276 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,99 | 5,37 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,61 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2418 | Metforminum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990624751 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,80 | 9,37 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,61 |
| 2419 | Metforminum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990213429 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,70 | 14,05 | 5,94 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 11,31 |
| 2420 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990933181 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,38 | 15,79 | 15,79 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2421 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 tabl. | 05909990933198 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 16,84 | 22,70 | 22,70 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,80 |
| 2422 | Metforminum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 | <1>2018-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,58 | 10,22 | 7,92 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,50 |
| 2423 | Metforminum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 | <1>2018-09-01/<2>2020-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,58 | 10,22 | 7,92 | <2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 4,68 |
| 2424 | Metforminum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 60 szt. | 05909990935260 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,47 | 14,48 | 13,47 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,21 |
| 2425 | Metforminum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990705894 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,94 | 6,40 | 6,40 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2426 | Metforminum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990705474 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 2,00 | 3,28 | 3,28 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2427 | Metforminum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990705726 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,02 | 5,18 | 5,18 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2428 | Metforminum | Metformin Galena, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990462018 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 2,81 | 4,13 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,37 |
| 2429 | Metforminum | Metformin Galena, tabl., 850 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990928019 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,75 | 6,99 | 6,74 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,45 |
| 2430 | Metforminum | Metifor, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990495115 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 2,81 | 4,13 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,37 |
| 2431 | Metforminum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. (8 blist.po 15 szt.) | 05909990221028 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,36 | 29,50 | 29,50 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |
| 2432 | Metforminum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990220984 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,59 | 8,14 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2433 | Metforminum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990220991 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,18 | 15,59 | 15,59 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2434 | Metforminum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 05909990221004 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 16,77 | 22,63 | 22,63 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,80 |
| 2435 | Metforminum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. (12 blist.po 10 szt.) | 05909990457236 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,19 | 15,60 | 15,60 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2436 | Metforminum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990457212 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,19 | 4,53 | 3,96 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,77 |
| 2437 | Metforminum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990457229 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,59 | 8,14 | 7,92 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,42 |
| 2438 | Metforminum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 90 tabl. | 04013054024331 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,39 | 11,95 | 11,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,26 |
| 2439 | Metforminum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. (8 blist.po 15 szt.) | 05909990457335 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 19,07 | 25,51 | 25,51 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2440 | Metforminum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990457311 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,75 | 6,99 | 6,74 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,45 |
| 2441 | Metforminum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 60 tabl. | 05909990457328 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,45 | 13,42 | 13,42 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2442 | Metforminum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 04013054024348 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,31 | 19,52 | 19,52 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,08 |
| 2443 | Methadoni hydrochloridum | Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 10 ml | 05909990719013 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 4,75 | 5,76 | 2,46 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 5,76 |
| 2444 | Methadoni hydrochloridum | Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990792016 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 18,36 | 24,64 | 24,64 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2445 | Methadoni hydrochloridum | Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 20 ml | 05909990718917 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 5,08 | 6,88 | 4,93 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 5,15 |
| 2446 | Methotrexat | Metotab, tabl., 7.5 mg | 100 tabl. | 05909991064266 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 46,98 | 58,76 | 57,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 33,12 |
| 2447 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 05907626701852 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 16,49 | 22,27 | 22,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2448 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,375 ml | 05907626701869 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 73,22 | 88,31 | 88,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2449 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05907626701920 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 97,63 | 115,63 | 115,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2450 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,75 ml | 05907626702040 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 146,45 | 169,19 | 169,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2451 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1 ml | 05909990735242 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 195,26 | 222,14 | 222,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,41 |
| 2452 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,25 ml | 05909990735273 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 244,08 | 274,55 | 274,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 2453 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,5 ml | 05909990735303 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 292,90 | 326,97 | 326,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2454 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,15 ml | 05909990791286 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 216,85 | 245,38 | 245,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,84 |
| 2455 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990791347 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 289,14 | 323,02 | 323,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2456 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 05909990922741 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 372,60 | 412,39 | 412,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 6,40 |
| 2457 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990791392 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 433,71 | 478,29 | 478,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 7,68 |
| 2458 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 05909990922758 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 521,64 | 572,34 | 572,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 8,96 |
| 2459 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990791477 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 578,28 | 633,54 | 633,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 10,24 |
| 2460 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 05909990922765 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 670,68 | 732,29 | 732,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 11,52 |
| 2461 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990791521 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 722,84 | 788,79 | 788,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 12,80 |
| 2462 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 05909990922772 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 819,72 | 892,25 | 892,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 14,08 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2463 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990928125 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 894,24 | 972,22 | 972,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 15,36 |
| 2464 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730881 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 18,60 | 24,49 | 22,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,42 |
| 2465 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730911 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 24,80 | 32,00 | 29,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,51 |
| 2466 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,25 ml | 05055565730959 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 31,00 | 39,38 | 37,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,46 |
| 2467 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730966 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 37,20 | 46,75 | 44,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,41 |
| 2468 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,35 ml | 05055565731000 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 43,39 | 54,11 | 51,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,35 |
| 2469 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731024 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 49,59 | 61,19 | 59,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2470 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,45 ml | 05055565731062 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 55,79 | 68,27 | 66,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,66 |
| 2471 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731079 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 61,99 | 75,36 | 74,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,33 |
| 2472 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731116 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 74,39 | 89,53 | 89,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,65 |
| 2473 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730898 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 74,52 | 89,67 | 89,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,79 |
| 2474 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730928 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 99,36 | 117,45 | 117,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2475 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730973 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 149,04 | 171,91 | 171,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2476 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731031 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 198,72 | 225,78 | 225,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2477 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731086 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 248,40 | 279,09 | 279,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 2478 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731123 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 298,08 | 332,40 | 332,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2479 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730904 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 149,04 | 171,91 | 171,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2480 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730935 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 198,72 | 225,78 | 225,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,41 |
| 2481 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730980 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 298,08 | 332,40 | 332,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2482 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731048 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 397,44 | 439,04 | 439,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 6,83 |
| 2483 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731093 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 496,80 | 545,68 | 545,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 8,53 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2484 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731130 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 596,16 | 652,32 | 652,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 10,24 |
| 2485 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346867 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 314,88 | 350,04 | 350,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2486 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 17.5 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346898 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 307,84 | 343,81 | 343,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,97 |
| 2487 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346928 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 351,82 | 391,14 | 391,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 6,83 |
| 2488 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346980 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 439,78 | 485,80 | 485,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 8,53 |
| 2489 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991347048 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 527,73 | 580,47 | 580,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 10,24 |
| 2490 | Methotrexatum | Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990453924 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 32,36 | 41,41 | 38,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 24,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2491 | Methotrexatum | Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990453924 | 2019-03-01 | 3 lata | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 32,36 | 41,41 | 38,43 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,98 |
| 2492 | Methotrexatum | Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg | 50 szt. | 05909990453825 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 16,18 | 21,78 | 19,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 13,24 |
| 2493 | Methotrexatum | Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg | 50 szt. | 05909990453825 | 2019-03-01 | 3 lata | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 16,18 | 21,78 | 19,21 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,57 |
| 2494 | Methotrexatum | Metotab, tabl., 2.5 mg | 100 tabl. | 05909991064228 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 15,66 | 21,23 | 19,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 12,69 |
| 2495 | Methotrexatum | Metotab 10 mg, tabl., 10 mg | 100 tabl. | 05909991064303 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 62,64 | 76,85 | 76,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 42,67 |
| 2496 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252724 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 90,18 | 107,81 | 107,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2497 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252762 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 139,32 | 161,71 | 161,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2498 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252809 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 189,54 | 216,14 | 216,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2499 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 25 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252847 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 239,76 | 270,02 | 270,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 2500 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 30 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252885 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 290,52 | 324,47 | 324,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2501 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 7.5 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252700 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 66,42 | 81,16 | 81,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2502 | Methotrexatum | Trexan, tabl., 10 mg | 100 szt. (1 poj.po 100 szt) | 05909990730346 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 64,26 | 78,55 | 76,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 44,37 |
| 2503 | Methotrexatum | Trexan, tabl., 2.5 mg | 100 szt. (but.) | 05909990111619 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 16,19 | 21,79 | 19,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 13,25 |
| 2504 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 10 mg | 100 szt. | 05909991303617 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 62,64 | 76,85 | 76,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 42,67 |
| 2505 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 2.5 mg | 100 szt. (w pojemniku) | 05909991303563 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 15,64 | 21,21 | 19,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 12,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2506 | Methylphenidatum | Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg | 1 but.po 30 szt. | 05909990655021 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 37,80 | 47,63 | 42,17 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 8,66 |
| 2507 | Methylphenidatum | Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg | 1 but.po 30 szt. | 05909990655038 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 69,12 | 84,34 | 84,34 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 3,84 |
| 2508 | Methylphenidatum | Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990652198 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 20,52 | 27,07 | 23,43 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 6,84 |
| 2509 | Methylphenidatum | Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990652204 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 28,08 | 38,01 | 38,01 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 2510 | Methylphenidatum | Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990652181 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 10,80 | 14,86 | 11,71 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 6,35 |
| 2511 | Methylphenidatum | Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990652235 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 32,40 | 39,54 | 23,43 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 19,31 |
| 2512 | Methylphenidatum | Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990652242 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 64,80 | 76,57 | 46,86 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 32,91 |
| 2513 | Methylphenidatum | Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05909990652259 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 78,30 | 92,77 | 70,28 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 25,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2514 | Methylphenidatum | Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg | 30 szt. | 05909990652266 | 2019-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 102,60 | 120,26 | 93,71 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 30,82 |
| 2515 | Methylprednisolonum | Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990154814 | 2019-01-01 | 3 lata | 82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 10,53 | 14,77 | 14,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,39 |
| 2516 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 16 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990683215 | 2019-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 32,40 | 42,81 | 42,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,38 |
| 2517 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990683123 | 2019-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 6,48 | 9,23 | 8,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,40 |
| 2518 | Methylprednisolonum | Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg | 1 fiol. + 1 amp. | 05909990939220 | 2018-11-01 | 3 lata | 82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon | 52,57 | 65,22 | 65,22 | Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego | | ryczałt | 3,20 |
| 2519 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990835539 | 2019-03-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 21,54 | 28,98 | 28,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2520 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990834501 | 2019-03-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 5,40 | 8,10 | 8,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,27 |
| 2521 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990834464 | 2021-05-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 10,80 | 15,41 | 15,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 2522 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990316618 | 2019-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 24,51 | 32,10 | 32,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2523 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990316519 | 2019-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 6,46 | 9,21 | 8,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2524 | Methylprednisolonum | Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg | 1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. | 05909990236817 | 2019-07-01 | 3 lata | 82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon | 84,49 | 98,73 | 65,22 | Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego | | ryczałt | 36,71 |
| 2525 | Methylprednisolonum | Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg | 1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. | 05909990236718 | 2019-07-01 | 3 lata | 82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon | 35,05 | 43,44 | 32,61 | Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego | | ryczałt | 14,03 |
| 2526 | Methylprednisolonum + Lidocainum | Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990236312 | 2019-01-01 | 3 lata | 82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 10,80 | 15,05 | 14,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,67 |
| 2527 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990034420 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 3,95 | 5,36 | 3,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,68 |
| 2528 | Metoprololum | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990034529 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,38 | 9,01 | 7,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,45 |
| 2529 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 60 mg | 30 tabl. | 05909991379391 | 2019-03-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 37,91 | 48,37 | 48,37 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 14,51 |
| 2530 | Mianserini hydrochloridum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 03830044949655 | 2020-09-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 18,90 | 25,40 | 25,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,62 |
| 2531 | Mianserinum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991120948 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 6,48 | 9,33 | 9,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 2,82 |
| 2532 | Mianserinum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 90 tabl. | 05909991120962 | 2018-03-01 | 5 lat | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 19,44 | 25,96 | 25,96 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,79 |
| 2533 | Mianserinum | Deprexolet, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991121051 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 21,49 | 28,11 | 27,90 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,58 |
| 2534 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157716 | 2019-01-01 | 5 lat | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 7,05 | 9,93 | 9,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,42 |
| 2535 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157822 | 2019-01-01 | 5 lat | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 21,17 | 27,78 | 27,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2536 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990796618 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 6,45 | 9,30 | 9,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 2,79 |
| 2537 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. (3 blist.po 30 szt.) | 05909990796625 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 19,34 | 25,86 | 25,86 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,76 |
| 2538 | Mianserinum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 05909991124311 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 13,28 | 18,15 | 18,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,45 |
| 2539 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990883813 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 6,47 | 9,32 | 9,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 2,81 |
| 2540 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990883820 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 19,43 | 25,95 | 25,95 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,79 |
| 2541 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 30 mg | 20 szt. | 05909990883929 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 12,95 | 17,81 | 17,81 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,34 |
| 2542 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909990764242 | 2019-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 19,43 | 25,95 | 25,95 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,79 |
| 2543 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991064525 | 2019-03-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 37,69 | 48,13 | 48,13 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 14,44 |
| 2544 | Miconazolum | Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg | 15 szt. | 05909990281312 | 2019-01-01 | 3 lata | 59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym | 16,43 | 22,20 | 22,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,10 |
| 2545 | Miconazolum + Mazipredonum | Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g | 15 g | 05909990129812 | 2019-01-01 | 3 lata | 49.0, Mikonazol w skojarzeniu z mazipredonem - do stosowania na skórę | 17,28 | 23,27 | 23,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,64 |
| 2546 | Moclobemidum | Aurorix, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990094813 | 2019-01-01 | 3 lata | 227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid | 17,50 | 22,36 | 16,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,88 |
| 2547 | Moclobemidum | Aurorix, tabl. powl., 300 mg | 30 szt. | 05909990419814 | 2019-01-01 | 3 lata | 227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid | 34,99 | 42,97 | 32,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 20,01 |
| 2548 | Moclobemidum | Mobemid, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990966813 | 2019-01-01 | 3 lata | 227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid | 12,31 | 16,91 | 16,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2549 | Moclobemidum | Moklar, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990953714 | 2019-01-01 | 3 lata | 227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid | 11,83 | 16,40 | 16,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,92 |
| 2550 | Mometasoni furoas | Elitasone, maść, 1 mg/g | 50 g | 05906071039657 | 2021-05-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 11,71 | 16,40 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,29 |
| 2551 | Mometasoni furoas | Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę | 1 but.po 140 dawek | 05909991141004 | 2020-09-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,72 | 15,98 | 14,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,73 |
| 2552 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 100 g | 05909991236199 | 2020-09-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 24,79 | 32,43 | 32,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,22 |
| 2553 | Mometasoni furoas | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 100 ml | 05909991296384 | 2020-09-01 | 2 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 21,60 | 28,83 | 28,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,42 |
| 2554 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 50 g | 05909991137441 | 2020-09-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 15,34 | 20,21 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,10 |
| 2555 | Mometasoni furoas | Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g | 50 g | 05909991097059 | 2021-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 12,42 | 17,14 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,03 |
| 2556 | Mometasoni furoas | Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną | 1 but.po 18 g | 05909991031275 | 2020-09-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 10,31 | 14,50 | 14,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,25 |
| 2557 | Mometasoni furoas | Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 1 but.po 140 dawek | 05909991099688 | 2020-01-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 10,31 | 14,50 | 14,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,25 |
| 2558 | Mometasoni furoas | Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 but.po 140 daw. | 05909991099695 | 2021-01-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 20,63 | 27,41 | 27,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,71 |
| 2559 | Mometasonum | Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 poj.po 60 daw. | 05909991106638 | 2019-01-01 | 5 lat | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 81,00 | 96,01 | 72,12 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 30,29 |
| 2560 | Mometasonum | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 50 ml | 05909991087982 | 2019-11-01 | 2 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 11,34 | 15,84 | 15,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,27 |
| 2561 | Mometasonum | Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 140 dawek | 05909991195366 | 2018-09-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 12,58 | 16,88 | 14,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,63 |
| 2562 | Montelukastum | Asmenol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990670758 | 2020-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 16,52 | 22,31 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2563 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990881734 | 2019-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 20,08 | 26,05 | 22,31 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 10,43 |
| 2564 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990881758 | 2019-07-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 10,96 | 14,09 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,85 |
| 2565 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990881772 | 2019-07-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 13,45 | 17,22 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,41 |
| 2566 | Montelukastum | Milukante, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990668137 | 2019-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 22,56 | 28,67 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 13,05 |
| 2567 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990668144 | 2019-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 11,99 | 15,17 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 8,93 |
| 2568 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990668120 | 2019-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 15,01 | 18,86 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 11,05 |
| 2569 | Montelukastum | Monkasta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990671243 | 2019-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 20,30 | 26,29 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 10,67 |
| 2570 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990662685 | 2019-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 10,96 | 14,09 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2571 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990662647 | 2019-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 13,72 | 17,51 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,70 |
| 2572 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990871858 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 16,36 | 22,15 | 22,15 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,65 |
| 2573 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990871650 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 6,98 | 9,91 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,67 |
| 2574 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990871766 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 8,72 | 12,26 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 4,45 |
| 2575 | Montelukastum | Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991329235 | 2020-11-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 15,77 | 21,53 | 21,53 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,46 |
| 2576 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990780266 | 2019-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 16,52 | 22,31 | 22,31 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,69 |
| 2577 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907626703481 | 2019-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 38,66 | 48,67 | 47,81 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 15,20 |
| 2578 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990803743 | 2019-03-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 10,40 | 13,50 | 8,92 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2579 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990803767 | 2019-03-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 9,82 | 13,41 | 11,16 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 5,60 |
| 2580 | Montelukastum | Orilukast, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990893294 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 18,79 | 24,70 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,08 |
| 2581 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990893188 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 7,13 | 10,08 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,84 |
| 2582 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990893263 | 2020-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 8,68 | 12,22 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 4,41 |
| 2583 | Montelukastum | Promonta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990671090 | 2019-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 19,44 | 25,38 | 22,31 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,76 |
| 2584 | Montelukastum | Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990671052 | 2019-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 10,26 | 13,35 | 8,92 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,11 |
| 2585 | Montelukastum | Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990671076 | 2019-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 12,96 | 16,71 | 11,16 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 8,90 |
| 2586 | Montelukastum | Romilast, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991007300 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 16,69 | 22,49 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2587 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909991007263 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 7,02 | 9,95 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,71 |
| 2588 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909991007270 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 8,75 | 12,29 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 4,48 |
| 2589 | Morphini sulfas | Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990724819 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 4,13 | 6,02 | 4,51 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,71 |
| 2590 | Morphini sulfas | Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990724819 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 4,13 | 6,02 | 4,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,51 |
| 2591 | Morphini sulfas | Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990725113 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 41,29 | 52,05 | 45,09 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 10,16 |
| 2592 | Morphini sulfas | Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990725113 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 41,29 | 52,05 | 45,09 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,96 |
| 2593 | Morphini sulfas | Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990724918 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 12,39 | 17,03 | 13,53 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,70 |
| 2594 | Morphini sulfas | Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990724918 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 12,39 | 17,03 | 13,53 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,50 |
| 2595 | Morphini sulfas | Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990725014 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 22,86 | 30,28 | 27,05 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,43 |
| 2596 | Morphini sulfas | Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990725014 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 22,86 | 30,28 | 27,05 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2597 | Morphinum | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 11,83 | 15,45 | 10,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,77 |
| 2598 | Morphinum | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 11,83 | 15,45 | 10,88 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,57 |
| 2599 | Morphinum | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 16,09 | 21,77 | 21,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2600 | Morphinum | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 16,09 | 21,77 | 21,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2601 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476237 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 13,50 | 18,20 | 13,53 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 7,87 |
| 2602 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476237 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 13,50 | 18,20 | 13,53 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,67 |
| 2603 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476534 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 130,68 | 152,00 | 135,27 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 23,13 |
| 2604 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476534 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 130,68 | 152,00 | 135,27 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 16,73 |
| 2605 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476633 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 239,76 | 270,54 | 270,54 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 12,80 |
| 2606 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476633 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 239,76 | 270,54 | 270,54 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2607 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476336 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 38,18 | 48,25 | 40,58 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 10,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2608 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476336 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 38,18 | 48,25 | 40,58 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 7,67 |
| 2609 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476435 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 74,41 | 90,18 | 81,16 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 12,86 |
| 2610 | Morphinum | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990476435 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 74,41 | 90,18 | 81,16 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 9,02 |
| 2611 | Morphinum | Sevredol, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990336425 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu | 56,16 | 69,37 | 69,37 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2612 | Morphinum | Sevredol, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990336425 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu | 56,16 | 69,37 | 69,37 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2613 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990743827 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 6,26 | 8,96 | 6,76 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,40 |
| 2614 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990743827 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 6,26 | 8,96 | 6,76 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,20 |
| 2615 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990744121 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 53,78 | 67,26 | 67,26 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2616 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990744121 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 53,78 | 67,26 | 67,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2617 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990744220 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 90,45 | 109,77 | 109,77 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2618 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990744220 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 90,45 | 109,77 | 109,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2619 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990743926 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 17,78 | 23,95 | 20,29 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,86 |
| 2620 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990743926 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 17,78 | 23,95 | 20,29 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,66 |
| 2621 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990744022 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 30,24 | 39,91 | 39,91 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2622 | Morphinum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990744022 | 2019-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 30,24 | 39,91 | 39,91 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2623 | Mycophenolas mofetil | CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml | 110 g (175 ml) | 05909990980918 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 209,24 | 232,84 | 108,46 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 127,58 |
| 2624 | Mycophenolas mofetil | CellCept, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990707614 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 124,20 | 141,54 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 67,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2625 | Mycophenolas mofetil | CellCept, tabl., 500 mg | 50 szt. | 05909990707515 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 124,20 | 141,54 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 67,27 |
| 2626 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990754472 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 63,18 | 77,47 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 3,20 |
| 2627 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990750993 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 63,18 | 77,47 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 3,20 |
| 2628 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Apotex, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990718375 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 81,00 | 96,18 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 21,91 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2629 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Apotex, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990718405 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 81,00 | 96,18 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 21,91 |
| 2630 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990074563 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 62,64 | 76,90 | 76,90 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 3,20 |
| 2631 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990715268 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 70,20 | 84,84 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 10,57 |
| 2632 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, kaps. twarde, 250 mg | 100 kaps. | 05909990638185 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 66,80 | 81,27 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 7,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2633 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, tabl. powl., 500 mg | 50 tabl. | 05909990638208 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 66,80 | 81,27 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 7,00 |
| 2634 | Nabumetonum | Nabuton VP, tabl., 0.5 g | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990962419 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 12,45 | 14,49 | 4,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,06 |
| 2635 | Nabumetonum | Nabuton VP, tabl., 0.5 g | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990962426 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 36,86 | 42,33 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 35,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2636 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 47,97 | 58,04 | 40,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 21,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2637 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 64,39 | 76,71 | 53,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 26,36 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2638 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 103,47 | 120,03 | 80,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 42,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2639 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 128,00 | 147,50 | 107,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 43,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2640 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990075829 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 160,54 | 182,81 | 133,88 | 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 zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 52,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2641 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 183,88 | 208,46 | 160,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 52,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2642 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 263,00 | 293,25 | 214,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 84,73 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2643 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990837137 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 307,17 | 340,77 | 267,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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 | 80,11 |
| 2644 | Naldemedinum | Rizmoic, tabl. powl., 200 µg | 28 szt. | 05060431940073 | 2021-01-01 | 2 lata | 253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych | 215,46 | 244,39 | 244,39 | Leczenie zaparć indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonista opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2645 | Naproxenum | Anapran, tabl. powl., 275 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990615438 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,56 | 9,50 | 5,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,82 |
| 2646 | Naproxenum | Anapran, tabl. powl., 275 mg | 60 szt. | 05909990948536 | 2019-11-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 16,74 | 21,43 | 16,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,40 |
| 2647 | Naproxenum | Anapran, tabl. powl., 550 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990624515 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 18,73 | 10,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,38 |
| 2648 | Naproxenum | Anapran, tabl. powl., 550 mg | 60 szt. | 05909990948543 | 2019-11-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 33,48 | 41,17 | 32,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,10 |
| 2649 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg | 60 szt. | 05909991054991 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 14,57 | 18,93 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,63 |
| 2650 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg | 60 szt. | 05909991055066 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 29,42 | 36,59 | 29,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2651 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909990661404 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,05 | 10,55 | 7,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,90 |
| 2652 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 90 szt. | 05909990661435 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 22,57 | 28,40 | 21,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,44 |
| 2653 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990661442 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 16,09 | 20,52 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,22 |
| 2654 | Naproxenum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 10 szt. | 05909991023782 | 2019-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,40 | 7,23 | 5,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,55 |
| 2655 | Naproxenum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 20 szt. | 05909991023799 | 2019-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 14,19 | 10,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,84 |
| 2656 | Naproxenum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 30 szt. | 05909991023805 | 2019-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 16,20 | 20,86 | 16,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,83 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2657 | Naproxenum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 60 szt. | 05909991023836 | 2019-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 32,40 | 40,04 | 32,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,97 |
| 2658 | Naproxenum | Napritum, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991292492 | 2020-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,62 | 8,00 | 7,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,35 |
| 2659 | Naproxenum | Napritum, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909991292720 | 2020-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,85 | 15,02 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,72 |
| 2660 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991040529 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,07 | 10,57 | 7,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,92 |
| 2661 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 50 szt. | 05909991040536 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 13,45 | 17,28 | 12,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,19 |
| 2662 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 15 szt. | 05909990644179 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,07 | 10,57 | 7,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,92 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2663 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 30 tabl. | 05909990644186 | 2018-01-01 | 5 lat | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 14,58 | 18,94 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,64 |
| 2664 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991390099 | 2020-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,78 | 8,17 | 7,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,52 |
| 2665 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909991390143 | 2020-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,56 | 15,77 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,47 |
| 2666 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 250 mg | 10 szt. | 05909990914319 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego | 6,48 | 8,83 | 6,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,39 |
| 2667 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 500 mg | 10 szt. | 05909990914418 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego | 9,72 | 13,75 | 13,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,88 |
| 2668 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 250 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990860692 | 2019-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,94 | 10,44 | 7,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,79 |
| 2669 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 250 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990466726 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 14,03 | 17,89 | 12,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2670 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990466818 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,45 | 14,65 | 9,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,78 |
| 2671 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990860685 | 2019-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 15,01 | 19,39 | 14,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,09 |
| 2672 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 100 szt. (1 blist.po 100 szt.) | 05909990042371 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 32,40 | 41,83 | 41,83 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 2673 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 100 szt. (1 blist.po 100 szt.) | 05909990042371 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 32,40 | 41,83 | 41,83 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2674 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. (1 blist.po 100 szt.) | 05909990042364 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 56,16 | 69,37 | 69,37 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,56 |
| 2675 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. (1 blist.po 100 szt.) | 05909990042364 | 2019-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 56,16 | 69,37 | 69,37 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2676 | Natrii valproas | Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 50 szt. | 05909990930142 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 27,43 | 35,72 | 35,72 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2677 | Natrii valproas | Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 50 szt. | 05909990930142 | 2018-09-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 27,43 | 35,72 | 35,72 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2678 | Natrii valproas | Convulex, syrop, 50 mg/ml | 1 but.po 100 ml | 05909990023912 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 8,47 | 10,35 | 4,45 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 9,10 |
| 2679 | Natrii valproas | Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml | 150 ml | 05909990307418 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 12,84 | 15,87 | 7,69 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 11,38 |
| 2680 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909991369569 | 2019-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 24,84 | 33,12 | 33,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,67 |
| 2681 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991369552 | 2019-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,78 | 11,20 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,54 |
| 2682 | Nebivololum | Daneb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990750290 | 2019-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,24 | 13,79 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,13 |
| 2683 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990662425 | 2018-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,64 | 14,39 | 11,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,95 |
| 2684 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990662456 | 2021-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 17,28 | 23,27 | 23,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,40 |
| 2685 | Nebivololum | Ivineb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990805495 | 2018-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,69 | 12,16 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,50 |
| 2686 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991390358 | 2019-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 16,08 | 21,77 | 21,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2687 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991390372 | 2019-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 32,16 | 41,35 | 41,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,95 |
| 2688 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990685189 | 2018-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,85 | 16,53 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,87 |
| 2689 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909990685202 | 2018-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 18,41 | 24,22 | 21,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,47 |
| 2690 | Nebivololum | Nebilenin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990689774 | 2019-05-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 13,18 | 16,87 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,21 |
| 2691 | Nebivololum | Nebinad, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990648719 | 2018-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,37 | 16,03 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,37 |
| 2692 | Nebivololum | Nebispes, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990673865 | 2019-05-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,80 | 14,38 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,72 |
| 2693 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990653300 | 2020-03-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,61 | 13,13 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,47 |
| 2694 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05907626703597 | 2018-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 16,42 | 22,13 | 21,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,38 |
| 2695 | Nebivololum | Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991357047 | 2019-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,23 | 11,68 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,02 |
| 2696 | Nebivololum | Nebivolol Krka, tabl., 5 mg | 30 szt. | 03838989716172 | 2020-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,69 | 12,34 | 11,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,90 |
| 2697 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990641000 | 2018-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 30,78 | 39,36 | 38,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,25 |
| 2698 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990640997 | 2018-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,18 | 12,86 | 11,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2699 | Nebivololum | Nedal, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990642809 | 2019-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 14,15 | 17,90 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,24 |
| 2700 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 15 szt. | 05909990411320 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,48 | 7,86 | 3,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,04 |
| 2701 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990411337 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 12,94 | 15,69 | 7,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,04 |
| 2702 | Nimesulidum | Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 szt. | 05909990411436 | 2018-07-01 | 3 lata | 141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,85 | 17,67 | 17,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,89 |
| 2703 | Nimesulidum | Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 sasz.po 2 g | 05909991040338 | 2019-01-01 | 3 lata | 141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,74 | 17,56 | 17,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,78 |
| 2704 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990694778 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,83 | 5,10 | 3,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 4,55 |
| 2705 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990694785 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,67 | 10,16 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 5,87 |
| 2706 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990694761 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,62 | 8,01 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 3,72 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2707 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990694754 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 11,32 | 15,54 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 6,96 |
| 2708 | Norfloxacinum | Nolicin, tabl. powl., 400 mg | 20 szt. | 05909990085323 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 10,47 | 14,69 | 14,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,35 |
| 2709 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416461 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 882,00 | 961,75 | 947,18 | Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 17,77 |
| 2710 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416485 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 1764,00 | 1903,85 | 1894,35 | Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 12,70 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2711 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416508 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 2646,00 | 2841,53 | 2841,53 | Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,57 |
| 2712 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 43,20 | 54,49 | 47,36 | Akromegalia | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 10,33 |
| 2713 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042715 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 32,40 | 39,99 | 23,68 | Akromegalia | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 19,51 |
| 2714 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459711 | <1>2019-01-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 882,00 | 961,75 | 947,18 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 17,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2715 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459612 | <1>2019-01-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 1764,00 | 1903,85 | 1894,35 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 12,70 |
| 2716 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459513 | <1>2019-07-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 2646,00 | 2841,53 | 2841,53 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,57 |
| 2717 | Ofloxacinum | Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990111213 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 12,94 | 15,74 | 7,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,07 |
| 2718 | Ofloxacinum | Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990111213 | 2019-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 12,94 | 15,74 | 7,35 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 8,39 |
| 2719 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990806799 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,16 | 71,22 | 71,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2720 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990806843 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 83,70 | 102,20 | 102,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2721 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990806881 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 111,24 | 133,05 | 133,05 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2722 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990806751 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,08 | 37,79 | 37,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2723 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990824106 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 76,68 | 92,76 | 92,76 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2724 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990827343 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 150,77 | 174,56 | 174,56 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2725 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990824076 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,34 | 48,57 | 47,04 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,73 |
| 2726 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991095666 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,38 | 91,40 | 91,40 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2727 | Olanzapinum | Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 tabl. | 05909990711161 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,44 | 89,36 | 89,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2728 | Olanzapinum | Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 tabl. | 05909990711277 | 2018-01-01 | 5 lat | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,40 | 133,38 | 133,38 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2729 | Olanzapinum | Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 tabl. | 05909990711444 | 2018-01-01 | 5 lat | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 153,36 | 177,28 | 177,28 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2730 | Olanzapinum | Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 tabl. | 05909990710454 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,56 | 44,60 | 44,60 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2731 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990697649 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 80,29 | 80,29 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2732 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909991136475 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 80,29 | 80,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2733 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991136499 | 2020-09-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 86,18 | 104,80 | 104,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2734 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909991136512 | 2020-09-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 114,91 | 136,91 | 136,91 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2735 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990697526 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,40 | 42,33 | 42,33 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2736 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909991136451 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,40 | 42,33 | 42,33 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2737 | Olanzapinum | Olanzapina Stada, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990896745 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 80,29 | 80,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2738 | Olanzapinum | Olanzapina Stada, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990896738 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,40 | 42,33 | 42,33 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2739 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05901720140074 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,44 | 89,76 | 89,76 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2740 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05901720140067 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,72 | 47,21 | 47,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2741 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg | 28 tabl. | 05909990793365 | <1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 76,19 | 92,25 | 92,25 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2742 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 tabl. | 05909990793389 | <1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 76,19 | 92,25 | 92,25 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2743 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05909991230593 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 278,10 | 311,29 | 311,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |
| 2744 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 98 tabl. | 05909991230616 | 2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 261,36 | 293,71 | 293,71 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |
| 2745 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 tabl. | 05909990793402 | 2017-05-01 | 5 lat | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 149,36 | 173,08 | 173,08 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2746 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg | 28 tabl. | 05909990793341 | <1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,27 | 46,39 | 46,39 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2747 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg | 98 szt. | 05909991230586 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 138,02 | 160,21 | 160,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,23 |
| 2748 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 98 tabl. | 05909991230609 | 2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 130,68 | 152,49 | 152,49 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,23 |
| 2749 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990865956 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,93 | 55,23 | 55,23 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2750 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990866021 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 61,40 | 78,78 | 78,78 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2751 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990865901 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,47 | 29,80 | 29,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2752 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990763467 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 80,46 | 96,73 | 94,08 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,85 |
| 2753 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990763481 | 2018-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 120,64 | 140,98 | 140,98 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2754 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990763498 | 2018-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 160,92 | 185,22 | 185,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2755 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7) | 05909990763443 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,96 | 50,27 | 47,04 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,43 |
| 2756 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05901878600451 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 60,48 | 75,75 | 75,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2757 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05902020926870 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 200,88 | 230,20 | 230,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |
| 2758 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990766901 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 60,48 | 75,75 | 75,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2759 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990767052 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 60,48 | 75,75 | 75,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2760 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990766895 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,24 | 40,06 | 40,06 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2761 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990637218 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,44 | 89,36 | 89,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2762 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991369781 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 57,24 | 72,75 | 72,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2763 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990637126 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,56 | 44,60 | 44,60 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2764 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991369743 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,08 | 38,13 | 38,13 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2765 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 10 mg | 28 tabl. | 05909990782246 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,44 | 89,36 | 89,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2766 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 5 mg | 28 tabl. | 05909990782239 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,65 | 44,70 | 44,70 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2767 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 tabl. | 05909990782260 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,44 | 89,36 | 89,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2768 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 tabl. | 05909991094539 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,32 | 132,25 | 132,25 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2769 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 tabl. | 05909990925186 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 152,28 | 176,14 | 176,14 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2770 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 tabl. | 05909990782253 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,65 | 44,70 | 44,70 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2771 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990781805 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 69,12 | 84,83 | 84,83 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2772 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990781782 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,56 | 44,60 | 44,60 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2773 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 112 szt. | 05909991231910 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 309,66 | 345,39 | 345,39 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 11,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2774 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990335367 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 78,32 | 94,49 | 94,08 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,61 |
| 2775 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990422241 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 84,02 | 100,88 | 100,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,28 |
| 2776 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990335374 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,03 | 181,13 | 181,13 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2777 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990422258 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 168,05 | 193,10 | 193,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,40 |
| 2778 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991066000 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 262,44 | 294,28 | 294,28 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,60 |
| 2779 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 112 szt. | 05909991231927 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 154,83 | 178,82 | 178,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2780 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990335343 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,16 | 49,43 | 47,04 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2781 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990422265 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 42,01 | 52,76 | 50,40 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,56 |
| 2782 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909990335350 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 78,52 | 94,70 | 94,08 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,82 |
| 2783 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990422272 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 84,02 | 100,88 | 100,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,28 |
| 2784 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991065942 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 130,73 | 151,99 | 151,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,59 |
| 2785 | Olanzapinum | Ranofren, tabl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990640287 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 81,65 | 97,98 | 94,08 | Schizofrenia | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,10 |
| 2786 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05903792743061 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 49,68 | 64,41 | 64,41 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2787 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05901878600123 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 80,29 | 80,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2788 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05902023777769 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,96 | 82,56 | 82,56 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2789 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990069866 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,45 | 91,47 | 91,47 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2790 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991081911 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,45 | 91,47 | 91,47 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2791 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 70 szt. | 05909990069897 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 192,77 | 219,75 | 219,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,47 |
| 2792 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 70 szt. | 05909990069361 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 192,77 | 219,75 | 219,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,47 |
| 2793 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990069958 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,17 | 133,14 | 133,14 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2794 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 70 szt. | 05909990069989 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 289,16 | 323,38 | 323,38 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,20 |
| 2795 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990070008 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 150,90 | 174,70 | 174,70 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2796 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 70 szt. | 05909990070046 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 385,55 | 427,01 | 427,01 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 14,93 |
| 2797 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05903792743078 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,84 | 34,39 | 34,39 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2798 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990069705 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,72 | 47,92 | 47,04 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,08 |
| 2799 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991081812 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,72 | 47,92 | 47,04 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,08 |
| 2800 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 70 szt. | 05909990069293 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 96,39 | 114,55 | 114,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,73 |
| 2801 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 70 szt. | 05909990069750 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 96,39 | 114,55 | 114,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,73 |
| 2802 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 120 szt. | 05906414000610 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 337,48 | 375,15 | 375,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 12,80 |
| 2803 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990917013 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 87,48 | 104,50 | 100,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2804 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909991064716 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 87,48 | 104,50 | 100,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,90 |
| 2805 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991191184 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 262,44 | 294,28 | 294,28 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,60 |
| 2806 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05906414002737 | 2019-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 118,00 | 138,62 | 138,62 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2807 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05906414002744 | 2019-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 354,00 | 393,54 | 393,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 14,40 |
| 2808 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05906414002751 | 2019-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,33 | 181,85 | 181,85 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2809 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05906414002768 | 2019-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 472,00 | 520,55 | 520,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 19,20 |
| 2810 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05906414000603 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 168,74 | 193,83 | 193,83 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,40 |
| 2811 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909991064518 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,99 | 50,64 | 50,40 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2812 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990916917 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 43,74 | 54,58 | 50,40 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,38 |
| 2813 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991191177 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 131,22 | 152,50 | 151,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,10 |
| 2814 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg | 30 szt. | 05909991064617 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 59,99 | 73,71 | 73,71 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2815 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 112 szt. | 05906414000696 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 314,98 | 350,98 | 350,98 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 11,95 |
| 2816 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990775682 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 80,74 | 97,03 | 94,08 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,15 |
| 2817 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414000665 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 237,59 | 267,78 | 267,78 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 8,96 |
| 2818 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 112 szt. | 05906414000702 | 2019-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 472,47 | 520,21 | 520,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 17,92 |
| 2819 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990775712 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 121,11 | 141,48 | 141,12 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2820 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414000672 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 356,38 | 395,41 | 395,41 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 13,44 |
| 2821 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 112 szt. | 05906414000719 | 2019-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 629,96 | 689,45 | 689,45 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 23,89 |
| 2822 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990775729 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 161,48 | 185,80 | 185,80 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2823 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 84 szt. | 05906414000689 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 475,18 | 523,06 | 523,06 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 17,92 |
| 2824 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 112 szt. | 05906414000658 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,49 | 181,61 | 181,61 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2825 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990775675 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,37 | 50,70 | 47,04 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,86 |
| 2826 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 84 szt. | 05906414000641 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 118,79 | 139,04 | 139,04 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,48 |
| 2827 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (5 blist.po 6 szt.) | 05909991097011 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 79,92 | 96,57 | 96,57 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2828 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05903060609709 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 247,85 | 278,96 | 278,96 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,60 |
| 2829 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909990849581 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 127,33 | 148,42 | 148,42 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2830 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05903060609716 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 374,71 | 415,29 | 415,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 14,40 |
| 2831 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990849635 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 174,96 | 200,36 | 200,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2832 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05903060609723 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 503,50 | 553,63 | 553,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 19,20 |
| 2833 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (5 blist.po 6 szt.) | 05909991096816 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,19 | 49,80 | 49,80 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2834 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05903060609693 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 121,19 | 141,97 | 141,97 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,80 |
| 2835 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990892129 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 77,72 | 93,85 | 93,85 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2836 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05909990892143 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,25 | 181,36 | 181,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2837 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990892150 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 119,75 | 140,05 | 140,05 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2838 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05909990892174 | 2018-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 240,41 | 270,74 | 270,74 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,96 |
| 2839 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990892303 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 161,48 | 185,80 | 185,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2840 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 56 szt. | 05909990892341 | 2018-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 322,96 | 359,36 | 359,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,95 |
| 2841 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990892082 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,89 | 47,04 | 47,04 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2842 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 56 szt. | 05909990892105 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 76,81 | 92,90 | 92,90 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2843 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990914647 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 62,91 | 78,31 | 78,31 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2844 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990914654 | 2021-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,68 | 123,17 | 123,17 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2845 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990914661 | 2021-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 120,96 | 143,26 | 143,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2846 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990914630 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,10 | 40,97 | 40,97 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2847 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg | 1 fiol.pr.po 0,21 g (+1 fiol.roz.3 ml) | 05909990686803 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 571,75 | 627,95 | 627,95 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 3,20 |
| 2848 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 1 fiol.pr.po 0,3 g (+1 fiol.roz.3 ml) | 05909990686827 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 822,14 | 897,33 | 897,33 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 3,20 |
| 2849 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg | 1 fiol.pr.po 0,405 g (+1fiol.roz.3 ml) | 05909990686834 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 1109,93 | 1207,06 | 1207,06 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 4,32 |
| 2850 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | 1 wkład 30 dawek + 1 inh. | 05909991257439 | 2021-03-01 | 3 lata | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 153,09 | 177,10 | 173,53 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 55,63 |
| 2851 | Omeprazolum | Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990068425 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,61 | 11,38 | 11,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2852 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. (1 poj.po 28 szt.) | 05909990880225 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,50 | 19,67 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 13,04 |
| 2853 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991140779 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 19,73 | 26,08 | 26,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 13,04 |
| 2854 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991140809 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 30,51 | 40,31 | 40,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 20,16 |
| 2855 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991272418 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,35 | 9,01 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,51 |
| 2856 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991292980 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,35 | 9,01 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,51 |
| 2857 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990420537 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,04 | 18,13 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 11,50 |
| 2858 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909991292997 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 10,69 | 16,57 | 16,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,29 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2859 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg | 56 szt. | 05909990420544 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 24,30 | 30,87 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 17,61 |
| 2860 | Omeprazolum | Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990077663 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,26 | 12,06 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,03 |
| 2861 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 14 szt. (but. 20 ml) | 05909990420612 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,56 | 9,86 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,55 |
| 2862 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 28 szt. (but. 40 ml) | 05909990420629 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,12 | 19,27 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,64 |
| 2863 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 90 szt. (but. 70 ml) | 05909990422654 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 38,85 | 47,93 | 42,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 26,62 |
| 2864 | Omeprazolum | Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990921324 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 22,15 | 28,61 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 15,35 |
| 2865 | Omeprazolum | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991274467 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,37 | 9,03 | 9,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,52 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2866 | Omeprazolum | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991274511 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 10,74 | 16,63 | 16,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,32 |
| 2867 | Omeprazolum | Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990920747 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,48 | 10,19 | 10,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,10 |
| 2868 | Omeprazolum | Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990920983 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 10,75 | 16,64 | 16,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,32 |
| 2869 | Omeprazolum | Omeprazol Farmax, kaps. dojelitowe, 20 mg | 28 szt. | 05909991189020 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,67 | 9,34 | 9,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,67 |
| 2870 | Omeprazolum | Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990668779 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,46 | 10,17 | 10,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,09 |
| 2871 | Omeprazolum | Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991271442 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,70 | 18,69 | 18,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,35 |
| 2872 | Omeprazolum | Omeprazolum 123ratio / Omeprazol Teva, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990659456 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,26 | 12,06 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2873 | Omeprazolum | Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990772667 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 16,20 | 20,40 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 13,77 |
| 2874 | Omeprazolum | Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990077731 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 24,83 | 31,42 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 18,16 |
| 2875 | Omeprazolum | Prazol, kaps., 20 mg | 14 szt. (1 poj.po 14 szt.) | 05909990772919 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,72 | 12,13 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,82 |
| 2876 | Omeprazolum | Prazol, kaps., 20 mg | 28 szt. (1 poj.po 28 szt.) | 05909990772933 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,62 | 18,74 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,11 |
| 2877 | Omeprazolum | Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991272753 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,18 | 8,83 | 8,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,42 |
| 2878 | Omeprazolum | Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991272739 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,64 | 14,42 | 14,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 7,21 |
| 2879 | Omeprazolum | Progastim, kaps. dojel., 20 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990635450 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 10,58 | 14,50 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 7,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2880 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990796298 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,10 | 16,10 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,47 |
| 2881 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel., 20 mg | 56 tabl. | 05909990796359 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 22,68 | 29,16 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 15,90 |
| 2882 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel., 40 mg | 28 tabl. | 05909990796533 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 22,68 | 29,16 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 15,90 |
| 2883 | Ondansetronum | Atossa, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909990744510 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 34,56 | 44,23 | 44,23 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2884 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg | 10 szt. | 05909990777044 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 12,74 | 18,51 | 18,51 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2885 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg | 10 szt. | 05909990777150 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 15,98 | 24,72 | 24,72 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2886 | Ondansetronum | Setronon, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909991394264 | 2020-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 29,92 | 39,36 | 39,36 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2887 | Ondansetronum | Setronon, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990994717 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 34,45 | 44,11 | 44,11 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2888 | Ondansetronum | Zofran, czopki, 16 mg | 2 szt. | 05909990810529 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.2, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doodbytniczego | 51,95 | 64,51 | 64,51 | Nowotwory złośliwe | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2889 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powl., 4 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990001811 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 30,78 | 37,45 | 22,12 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 18,53 |
| 2890 | Ondansetronum | Zofran, syrop, 4 mg/5 ml | 50 ml | 05909990810611 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 37,26 | 44,25 | 22,12 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 25,33 |
| 2891 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990001910 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 49,57 | 59,99 | 44,23 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 18,96 |
| 2892 | Ondansetronum | Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg | 10 szt. | 05909990888016 | 2019-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 47,52 | 57,84 | 44,23 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 16,81 |
| 2893 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 150 mg | 50 szt. | 05909990048809 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 17,82 | 23,95 | 23,95 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2894 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 300 mg | 50 szt. | 05909990048823 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 35,64 | 45,53 | 45,53 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2895 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 600 mg | 50 szt. | 05909990048854 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 71,28 | 86,82 | 86,82 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2896 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 150 mg | 50 tabl. | 05909991303518 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 17,71 | 23,84 | 23,84 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2897 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 300 mg | 50 tabl. | 05909991300661 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 35,42 | 45,31 | 45,31 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2898 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 600 mg | 50 tabl. | 05909991300739 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 70,85 | 86,37 | 86,37 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2899 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 300 mg | 50 szt. | 05909991057480 | 2019-11-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 38,63 | 48,67 | 47,90 | Padaczka | | ryczałt | 3,97 |
| 2900 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 600 mg | 50 szt. | 05909991057497 | 2019-11-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 81,00 | 97,03 | 95,80 | Padaczka | | ryczałt | 4,43 |
| 2901 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powl., 300 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990825615 | 2019-01-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 51,78 | 62,48 | 47,90 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 17,78 |
| 2902 | Oxcarbazepinum | Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml | 250 ml | 05909990747115 | 2019-01-01 | 3 lata | 160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 72,90 | 88,71 | 88,71 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 2903 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powl., 600 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990825714 | 2019-01-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 102,52 | 119,63 | 95,80 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 27,03 |
| 2904 | Oxybutynini hydrochloridum | Ditropan, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991290887 | 2020-01-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 7,75 | 11,28 | 11,28 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 3,38 |
| 2905 | Oxybutyninum | Ditropan, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991239503 | 2019-05-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 7,78 | 11,30 | 11,30 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 3,39 |
| 2906 | Oxybutyninum | Ditropan, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991304140 | 2017-05-01 | 5 lat | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 8,10 | 11,65 | 11,30 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 3,74 |
| 2907 | Oxybutyninum | Ditropan, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990163519 | 2019-01-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 10,91 | 14,60 | 11,30 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 6,69 |
| 2908 | Oxybutyninum | Driptane, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990783816 | 2019-01-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 16,74 | 22,60 | 22,60 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 6,78 |
| 2909 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909991038670 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 213,12 | 242,23 | 242,23 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,69 |
| 2910 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909991038670 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 213,12 | 242,23 | 242,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2911 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 100 szt. | 05909991038724 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 319,68 | 357,08 | 357,08 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 8,53 |
| 2912 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 100 szt. | 05909991038724 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 319,68 | 357,08 | 357,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,53 |
| 2913 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909991038762 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 426,24 | 471,94 | 471,94 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 11,38 |
| 2914 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909991038762 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 426,24 | 471,94 | 471,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,38 |
| 2915 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05908289660425 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 82,08 | 98,86 | 98,86 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2916 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05908289660432 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 164,70 | 189,62 | 189,62 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2917 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05908289660449 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 329,40 | 366,74 | 366,74 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2918 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05908289660418 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 41,58 | 52,34 | 50,52 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 1,82 |
| 2919 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 30 szt. | 05909991381677 | 2019-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 32,72 | 43,03 | 43,03 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2920 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 30 szt. | 05909991381783 | 2019-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 65,45 | 81,40 | 81,40 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2921 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 30 szt. | 05909991381899 | 2019-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 130,90 | 154,13 | 154,13 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2922 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 30 szt. | 05909991381561 | 2019-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 18,47 | 25,03 | 25,03 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2923 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 30 tabl. | 05909991327958 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 39,85 | 50,52 | 50,52 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2924 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 tabl. | 05909991327989 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 79,70 | 96,37 | 96,37 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2925 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 30 tabl. | 05909991328184 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 79,70 | 96,37 | 96,37 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2926 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 tabl. | 05909991328214 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 159,41 | 184,06 | 184,06 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2927 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 30 tabl. | 05909991328405 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 159,41 | 184,06 | 184,06 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2928 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 tabl. | 05909991328436 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 318,82 | 355,63 | 355,63 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2929 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05909990741366 | 2019-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 82,08 | 98,86 | 98,86 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2930 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05909990741472 | 2019-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 168,26 | 193,35 | 193,35 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2931 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05909990741595 | 2019-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 329,40 | 366,74 | 366,74 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2932 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05909990741878 | 2019-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 43,20 | 54,04 | 50,52 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 3,52 |
| 2933 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 30 szt. | 05907626708127 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 39,96 | 50,64 | 50,52 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,12 |
| 2934 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05907626708134 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 79,92 | 96,60 | 96,60 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2935 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 30 szt. | 05907626708141 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 79,92 | 96,60 | 96,60 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2936 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05907626708158 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 159,84 | 184,51 | 184,51 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2937 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05907626708196 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 319,68 | 356,53 | 356,53 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2938 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 30 szt. | 05907626708103 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 19,98 | 26,62 | 25,26 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 1,36 |
| 2939 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05907626708110 | 2019-03-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 39,96 | 50,64 | 50,52 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,12 |
| 2940 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 59,40 | 72,82 | 69,14 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,88 |
| 2941 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 59,40 | 72,82 | 69,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,88 |
| 2942 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909991250850 | 2017-03-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 38,88 | 48,67 | 41,49 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 10,38 |
| 2943 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909991250850 | 2017-03-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 38,88 | 48,67 | 41,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,38 |
| 2944 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 05909990941247 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 118,80 | 139,19 | 138,28 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,11 |
| 2945 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 05909990941247 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 118,80 | 139,19 | 138,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,11 |
| 2946 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909991250874 | 2017-03-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 69,98 | 85,11 | 82,97 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2947 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909991250874 | 2017-03-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 69,98 | 85,11 | 82,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,34 |
| 2948 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909990941407 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 237,60 | 267,93 | 267,93 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,69 |
| 2949 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909990941407 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 237,60 | 267,93 | 267,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,69 |
| 2950 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 100 szt. | 05909990940233 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,70 | 38,15 | 34,57 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,78 |
| 2951 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 100 szt. | 05909990940233 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,70 | 38,15 | 34,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,78 |
| 2952 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909990941568 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 475,20 | 523,35 | 523,35 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 11,38 |
| 2953 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909990941568 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 475,20 | 523,35 | 523,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,38 |
| 2954 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990643943 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 37,79 | 47,53 | 41,49 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 9,24 |
| 2955 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990643943 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 37,79 | 47,53 | 41,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,24 |
| 2956 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644001 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 72,44 | 87,69 | 82,97 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 7,92 |
| 2957 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644001 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 72,44 | 87,69 | 82,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,92 |
| 2958 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644025 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 144,63 | 167,49 | 165,94 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,96 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2959 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644025 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 144,63 | 167,49 | 165,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,96 |
| 2960 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990643905 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 25,97 | 32,34 | 20,74 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 14,80 |
| 2961 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990643905 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 25,97 | 32,34 | 20,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,80 |
| 2962 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644049 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 289,87 | 323,98 | 323,98 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,83 |
| 2963 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644049 | 2019-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 289,87 | 323,98 | 323,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2964 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 33,98 | 43,53 | 41,49 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,24 |
| 2965 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 33,98 | 43,53 | 41,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,24 |
| 2966 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 67,95 | 82,97 | 82,97 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2967 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 67,95 | 82,97 | 82,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2968 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 135,91 | 158,34 | 158,34 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,41 |
| 2969 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 135,91 | 158,34 | 158,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 2970 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 16,99 | 22,91 | 20,74 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,37 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2971 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 16,99 | 22,91 | 20,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,37 |
| 2972 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 271,81 | 305,03 | 305,03 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,83 |
| 2973 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 | 2018-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 271,81 | 305,03 | 305,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2974 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,69 | 39,02 | 39,02 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2975 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,69 | 39,02 | 39,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2976 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 63,44 | 78,24 | 78,24 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2977 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 63,44 | 78,24 | 78,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2978 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 134,48 | 156,83 | 156,83 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,41 |
| 2979 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 134,48 | 156,83 | 156,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 2980 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,06 | 22,98 | 20,74 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,44 |
| 2981 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,06 | 22,98 | 20,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,44 |
| 2982 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 280,36 | 314,01 | 314,01 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,83 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2983 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 280,36 | 314,01 | 314,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2984 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg | 1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły | 05909991281465 | 2020-01-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 3372,13 | 3612,32 | 3612,32 | Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2985 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg | 1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły | 05909991281472 | 2020-01-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 4487,62 | 4797,83 | 4797,83 | Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2986 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg | 1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły | 05909991281489 | 2020-01-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 6731,42 | 7182,50 | 7182,50 | Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2987 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861194 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 1270,81 | 1379,23 | 1379,20 | 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 | 0,03 |
| 2988 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861200 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 1919,79 | 2068,85 | 2068,80 | 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 | 0,05 |
| 2989 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861187 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 949,86 | 1034,42 | 1034,40 | 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 | 0,02 |
| 2990 | Pancreatinum | Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy | 60 szt. | 05909990723164 | <1>2017-09-01/<2>2020-01-01 | <1>5 lat/<2>2 lata | 13.0, Enzymy trzustkowe | 26,77 | 34,83 | 34,83 | <2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową | | 30% | 10,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2991 | Pancreatinum | Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy | 60 szt. | 05909990723164 | <1>2017-09-01/<2>2020-01-01 | <1>5 lat/<2>2 lata | 13.0, Enzymy trzustkowe | 26,77 | 34,83 | 34,83 | <1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2992 | Pantoprazolum | Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990621026 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,73 | 11,09 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 7,78 |
| 2993 | Pantoprazolum | Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990621040 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,11 | 19,26 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,63 |
| 2994 | Pantoprazolum | Contix, tabl. powl., 20 mg | 112 szt. (8 blist.po 14 szt.) | 05909991246525 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 17,50 | 23,73 | 23,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 11,87 |
| 2995 | Pantoprazolum | Contix, tabl. dojel., 20 mg | 14 szt. (1 poj.po 14 szt.) | 05909991128814 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 3,46 | 4,59 | 3,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 2,94 |
| 2996 | Pantoprazolum | Contix, tabl. powl., 40 mg | 112 szt. (8 blist.po 14 szt.) | 05909991246532 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 34,99 | 45,01 | 45,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 22,51 |
| 2997 | Pantoprazolum | Contix, tabl. dojel., 40 mg | 14 szt. (1 poj.po 14 szt.) | 05909991128418 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,77 | 9,03 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,72 |
| 2998 | Pantoprazolum | Contracid, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990736706 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,45 | 9,74 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2999 | Pantoprazolum | Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990478767 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 3,78 | 4,93 | 3,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,28 |
| 3000 | Pantoprazolum | Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990478774 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,56 | 9,86 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,55 |
| 3001 | Pantoprazolum | Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990689842 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,50 | 8,75 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,44 |
| 3002 | Pantoprazolum | Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990689859 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 13,00 | 17,04 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,41 |
| 3003 | Pantoprazolum | Gastrostad, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990653409 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,67 | 7,87 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,56 |
| 3004 | Pantoprazolum | Gastrostad, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990653539 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,34 | 15,30 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,67 |
| 3005 | Pantoprazolum | Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991245399 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,77 | 6,93 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,62 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3006 | Pantoprazolum | Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991245337 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,16 | 13,01 | 13,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,51 |
| 3007 | Pantoprazolum | IPP 20, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990085033 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,77 | 10,08 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,77 |
| 3008 | Pantoprazolum | IPP 40, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990082643 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,12 | 19,27 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,64 |
| 3009 | Pantoprazolum | Noacid, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645640 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,94 | 8,16 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,85 |
| 3010 | Pantoprazolum | Noacid, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645732 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,88 | 15,86 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,23 |
| 3011 | Pantoprazolum | Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg | 90 szt. | 05909990845521 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,28 | 20,63 | 20,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,32 |
| 3012 | Pantoprazolum | Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg | 90 szt. | 05909990845552 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 30,56 | 39,23 | 39,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 19,62 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3013 | Pantoprazolum | Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990075041 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,85 | 16,88 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,25 |
| 3014 | Pantoprazolum | Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990075003 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,29 | 9,57 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,26 |
| 3015 | Pantoprazolum | Nolpaza 40, tabl. dojel., 40 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990075126 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 25,70 | 32,34 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 19,08 |
| 3016 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990075089 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,58 | 18,70 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,07 |
| 3017 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990892761 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,32 | 6,46 | 6,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,23 |
| 3018 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 20 mg | 56 tabl. | 05909991186371 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,49 | 13,35 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,72 |
| 3019 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990892853 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,64 | 12,46 | 12,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,23 |
| 3020 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 40 mg | 56 tabl. | 05909991186418 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 19,00 | 25,30 | 25,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3021 | Pantoprazolum | Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991046897 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 3,73 | 5,84 | 5,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 2,92 |
| 3022 | Pantoprazolum | Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991046941 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,47 | 12,28 | 12,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,14 |
| 3023 | Pantoprazolum | Panprazox, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990817184 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,80 | 6,96 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,65 |
| 3024 | Pantoprazolum | Panprazox, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990817320 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,61 | 13,48 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,85 |
| 3025 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990698974 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,75 | 6,91 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,60 |
| 3026 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. (8 blist.po 7 szt.) | 05909990698981 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,40 | 13,26 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,63 |
| 3027 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990699209 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,50 | 13,37 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3028 | Pantoprazolum | Pantoprazol KRKA, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990943890 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,26 | 8,49 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,18 |
| 3029 | Pantoprazolum | Pantoprazol KRKA, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990944095 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,42 | 16,43 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,80 |
| 3030 | Pantoprazolum | Pantoprazol Vitama, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991202040 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 3,73 | 5,84 | 5,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 2,92 |
| 3031 | Pantoprazolum | Pantoprazol Vitama, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991202101 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,45 | 11,21 | 11,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,61 |
| 3032 | Pantoprazolum | Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990793907 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,10 | 6,23 | 6,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,12 |
| 3033 | Pantoprazolum | Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990794188 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,21 | 12,01 | 12,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,01 |
| 3034 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991139759 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,32 | 6,46 | 6,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3035 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabletki dojelitowe, 20 mg | 56 tabl. | 05907553017927 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,51 | 11,28 | 11,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,64 |
| 3036 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991035631 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,86 | 12,69 | 12,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,35 |
| 3037 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabletki dojelitowe, 40 mg | 56 tabl. | 05907553017934 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,01 | 21,11 | 21,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,56 |
| 3038 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990652334 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,67 | 9,97 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,66 |
| 3039 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg | 56 szt. | 05909991069681 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,61 | 13,48 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,85 |
| 3040 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990652372 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,34 | 19,50 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,87 |
| 3041 | Pantoprazolum | Ranloc, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990730100 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,65 | 8,90 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3042 | Pantoprazolum | Ranloc, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990730179 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 13,31 | 17,37 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,74 |
| 3043 | Paroxetinum | Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990047109 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,12 | 19,27 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,15 |
| 3044 | Paroxetinum | Parogen, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990425877 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,12 | 19,27 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,15 |
| 3045 | Paroxetinum | Parogen, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 05909990425884 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 30,13 | 37,00 | 26,06 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 18,76 |
| 3046 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg | 30 tabl. | 05909991323615 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 8,96 | 12,80 | 12,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,84 |
| 3047 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg | 60 tabl. | 05909991323646 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 17,93 | 24,20 | 24,20 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,26 |
| 3048 | Paroxetinum | Paroxetine Vitama, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990655724 | 2019-09-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 8,32 | 12,13 | 12,13 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,64 |
| 3049 | Paroxetinum | Paroxinor, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990798346 | 2019-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 9,18 | 13,03 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,91 |
| 3050 | Paroxetinum | Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990010189 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 14,58 | 18,70 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,58 |
| 3051 | Paroxetinum | Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990010202 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 30,02 | 36,89 | 26,06 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 18,65 |
| 3052 | Paroxetinum | Rexetin, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991006310 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,12 | 19,27 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,15 |
| 3053 | Paroxetinum | Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570515 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 14,04 | 18,13 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3054 | Penicillaminum | Cuprenil, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909990126217 | 2020-03-01 | 3 lata | 239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina | 47,63 | 59,51 | 59,51 | Choroba Wilsona | | ryczałt | 3,20 |
| 3055 | Perazinum | Perazin 100 mg, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990858514 | 2019-01-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 7,45 | 10,61 | 10,61 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3056 | Perazinum | Perazin 200mg, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991033453 | 2018-03-01 | 5 lat | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 14,90 | 20,20 | 20,20 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3057 | Perazinum | Perazin 25 mg, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990858415 | 2019-01-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 2,16 | 2,78 | 1,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,00 |
| 3058 | Perazinum | Perazin 25 mg, tabl., 25 mg | 50 tabl. | 05909990914838 | 2018-01-01 | 5 lat | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 3,02 | 4,45 | 4,45 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3059 | Perazinum | Perazin 50mg, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991033422 | 2018-03-01 | 5 lat | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 3,62 | 5,32 | 5,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3060 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990199518 | 2019-01-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 7,55 | 10,72 | 10,68 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,04 |
| 3061 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990202614 | 2019-01-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 2,21 | 2,83 | 1,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,05 |
| 3062 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 25 mg | 60 szt. | 05906745439141 | 2020-11-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 3,67 | 5,36 | 5,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,02 |
| 3063 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991137571 | 2019-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,73 | 28,94 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,72 |
| 3064 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909991137526 | 2019-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,73 | 28,94 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,72 |
| 3065 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909991137472 | 2019-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,01 | 17,41 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,30 |
| 3066 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 05909991137212 | 2019-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,01 | 17,41 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3067 | Perindoprili tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909991316600 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 25,65 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 21,43 |
| 3068 | Perindoprilum | Prenessa, tabl., 4 mg | 30 szt. (1 x 30 szt.) | 05909990569311 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,34 | 13,56 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,45 |
| 3069 | Perindoprilum | Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990336081 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,30 | 34,79 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 30,57 |
| 3070 | Perindoprilum | Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990337774 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,21 | 21,82 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,71 |
| 3071 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 90 tabl. | 05909990908189 | 2018-01-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,53 | 41,28 | 15,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 34,96 |
| 3072 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 90 tabl. | 05909990908158 | 2018-01-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,53 | 41,28 | 15,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 34,96 |
| 3073 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 90 tabl. | 05909990908264 | 2018-01-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 70,96 | 80,71 | 31,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 68,06 |
| 3074 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 90 tabl. | 05909990908233 | 2018-01-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 70,96 | 80,71 | 31,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 68,06 |
| 3075 | Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg | 30 szt. | 05909990850167 | 2019-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 25,65 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 21,43 |
| 3076 | Perindoprilum + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg | 30 szt. | 05909991050290 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,75 | 7,90 | 2,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3077 | Perindoprilum + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909991050344 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,50 | 15,83 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,72 |
| 3078 | Perindoprilum + Indapamidum | Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990707782 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,70 | 40,46 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 36,24 |
| 3079 | Perindoprilum + Indapamidum | Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990055029 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,53 | 26,36 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,25 |
| 3080 | Perindoprilum + Indapamidum | Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990715206 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,70 | 40,46 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 36,24 |
| 3081 | Perindoprilum + Indapamidum | Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990055678 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,53 | 26,36 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,25 |
| 3082 | Perindoprilum arginium + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909990669400 | 2021-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,78 | 31,09 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 26,87 |
| 3083 | Perindoprilum arginium + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909990669332 | 2021-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,78 | 31,09 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 26,87 |
| 3084 | Perindoprilum arginium + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909990669387 | 2021-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,55 | 20,07 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,96 |
| 3085 | Perindoprilum arginium + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 05909990669301 | 2021-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,55 | 20,07 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,96 |
| 3086 | Phenobarbitalum | Luminalum, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990260614 | 2020-01-01 | 3 lata | 155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego | 4,27 | 6,27 | 6,27 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3087 | Phenobarbitalum | Luminalum Unia, tabl., 100 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990812615 | 2019-01-01 | 3 lata | 155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego | 4,32 | 6,33 | 6,27 | Padaczka | | ryczałt | 3,26 |
| 3088 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m. | 12 szt. | 05909990071012 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 8,69 | 12,24 | 11,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 4,08 |
| 3089 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m. | 30 tabl. | 05909990071029 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 21,38 | 28,23 | 28,23 | 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 |
| 3090 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 150 ml | 05909990363223 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne | 25,65 | 33,48 | 33,48 | 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 |
| 3091 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 60 ml | 05909990363216 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne | 10,26 | 14,42 | 14,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 3092 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m. | 12 szt. | 05909990070916 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 5,83 | 8,37 | 7,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 4,00 |
| 3093 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m. | 60 szt. | 05909990070923 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 14,53 | 19,81 | 19,81 | 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 |
| 3094 | Phenytoinum | Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990093519 | 2019-01-01 | 3 lata | 156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina | 10,80 | 15,11 | 15,11 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3095 | Phytomenadionum (vit. K1) | Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990772810 | 2019-01-01 | 3 lata | 25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion | 16,05 | 21,72 | 21,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3096 | Pilocarpini hydrochloridum | Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990237524 | 2019-01-01 | 3 lata | 211.0, Leki przeciwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina | 8,86 | 12,59 | 12,59 | Jaskra | | 30% | 3,78 |
| 3097 | Piribedilum | Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990846320 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 20,11 | 25,93 | 19,44 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 12,32 |
| 3098 | Posaconazolum | Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05055565754351 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 648,00 | 716,71 | 716,71 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3099 | Posaconazolum | Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 08595112678152 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 734,40 | 807,43 | 807,43 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |
| 3100 | Posaconazolum | Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05901797710743 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 909,36 | 991,14 | 988,87 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 5,47 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3101 | Posaconazolum | Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 07613421033408 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 907,20 | 988,87 | 988,87 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |
| 3102 | Posaconazolum | Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991368562 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 680,40 | 750,73 | 750,73 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3103 | Posaconazolum | Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991422059 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 680,40 | 750,73 | 750,73 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |
| 3104 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg | 21 szt. | 05909991238773 | 2020-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 15,66 | 21,18 | 19,05 | Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off") | | 30% | 7,85 |
| 3105 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05 mg | 30 szt. | 05909991238582 | 2020-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 38,34 | 48,71 | 46,66 | 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% | 16,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3106 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57 mg | 30 szt. | 05909991238629 | 2020-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 56,70 | 69,99 | 69,99 | 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% | 21,00 |
| 3107 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg | 30 szt. | 05909991238667 | 2020-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 76,68 | 92,95 | 92,95 | 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% | 27,89 |
| 3108 | Prednisolonum | Encortolon, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05904374007946 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon | 9,61 | 12,72 | 8,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | autoimmunizacyjne zapalenie wątroby u dzieci do 18 roku życia; autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,14 |
| 3109 | Prednisolonum | Predasol, tabletki, 20 mg | 20 tabl. | 05909991356712 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon | 27,00 | 35,10 | 35,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | autoimmunizacyjne zapalenie wątroby u dzieci do 18 roku życia; autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,27 |
| 3110 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 7,45 | 8,20 | 1,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 8,20 |
| 3111 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 | 2020-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 7,45 | 8,20 | 1,18 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 7,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3112 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909990170616 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01/<3>2019-11-01/<4>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 7,56 | 8,32 | 1,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 8,32 |
| 3113 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909990170616 | 2019-01-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 7,56 | 8,32 | 1,18 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 7,14 |
| 3114 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 16,20 | 20,34 | 11,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,70 |
| 3115 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 | 2019-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 16,20 | 20,34 | 11,84 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 8,50 |
| 3116 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 21,60 | 27,95 | 23,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 8,54 |
| 3117 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 | 2019-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 21,60 | 27,95 | 23,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3118 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01/<3>2019-11-01/<4>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 22,45 | 29,60 | 29,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,33 |
| 3119 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 | 2018-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 22,45 | 29,60 | 29,60 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3120 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 9,72 | 12,09 | 5,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 9,37 |
| 3121 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 | 2019-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 9,72 | 12,09 | 5,92 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,17 |
| 3122 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 14 szt. | 05909990009350 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 18,77 | 25,37 | 25,37 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3123 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg | 56 kaps. | 05901878600550 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 84,51 | 101,46 | 101,46 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3124 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05903792743252 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 84,67 | 101,61 | 101,61 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3125 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05909990009367 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 85,22 | 102,20 | 101,80 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,60 |
| 3126 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 14 szt. | 05909990009282 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 11,04 | 15,20 | 12,73 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,67 |
| 3127 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg | 56 kaps. | 05901878600543 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 40,18 | 50,90 | 50,90 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3128 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 56 szt. | 05909990009299 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 40,20 | 50,93 | 50,90 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,23 |
| 3129 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 05909991378295 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 90,72 | 108,28 | 108,28 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3130 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 300 mg | 60 szt. | 05909991378356 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 181,44 | 207,53 | 207,53 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3131 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg | 60 szt. | 05909991378226 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 45,36 | 56,65 | 54,54 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3132 | Pregabalinum | Preato, tabl., 100 mg | 56 szt. | 05909991400460 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 25,92 | 37,34 | 37,34 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3133 | Pregabalinum | Preato, tabl., 150 mg | 56 szt. | 05909991400477 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 31,32 | 45,61 | 45,61 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3134 | Pregabalinum | Preato, tabl., 200 mg | 56 szt. | 05909991400484 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 38,88 | 54,94 | 54,94 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,98 |
| 3135 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 28 szt. | 05909991421236 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 14,58 | 20,97 | 20,97 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3136 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 56 szt. | 05909991400453 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 20,52 | 30,27 | 30,27 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3137 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kapsułki twarde, 150 mg | 70 kaps. | 05907626705072 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 108,54 | 127,74 | 127,25 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,22 |
| 3138 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kapsułki twarde, 75 mg | 70 kaps. | 05907626704839 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 54,27 | 66,75 | 63,63 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3139 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 30 szt. | 05909991076207 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 43,20 | 54,40 | 51,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym | ryczałt | 6,08 |
| 3140 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 60 szt. | 05909991103231 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 86,40 | 103,76 | 103,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym | ryczałt | 7,11 |
| 3141 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg | 30 szt. | 05909991076238 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 86,38 | 103,74 | 103,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym | ryczałt | 7,11 |
| 3142 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg | 30 szt. | 05909990569380 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 21,60 | 28,58 | 25,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym | ryczałt | 5,84 |
| 3143 | Progesteronum | Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg | 30 szt. | 05906414002355 | 2020-11-01 | 3 lata | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 11,58 | 14,70 | 7,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,12 |
| 3144 | Propafenoni hydrochloridum | Tonicard, tabl. powl., 150 mg | 60 tabl. | 05909991341558 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon | 11,86 | 16,44 | 16,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3145 | Propafenonum | Polfenon, tabl. powl., 150 mg | 20 szt. | 05909990034123 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon | 5,29 | 7,21 | 5,48 | 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 | 4,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3146 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg | 50 szt. | 05909991033590 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 3,80 | 5,58 | 5,58 | 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 |
| 3147 | Propranololum | Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg | 50 tabl. | 05909991033507 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 2,43 | 2,95 | 1,40 | 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 | 2,95 |
| 3148 | Propranololum | Propranolol WZF, tabl., 10 mg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990112111 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 3,24 | 3,80 | 1,40 | 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 | 3,80 |
| 3149 | Propranololum | Propranolol WZF, tabl., 40 mg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990112210 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 5,08 | 6,93 | 5,58 | 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 | 4,55 |
| 3150 | Pyrazinamidum | Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg | 250 szt. | 05909990263516 | 2019-01-01 | 3 lata | 113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazynamid | 135,00 | 157,34 | 157,34 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3151 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. (1 but.po 150 szt.) | 05909991014421 | 2019-01-01 | 3 lata | 188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy | 99,25 | 117,92 | 117,92 | Miastenia | | ryczałt | 5,33 |
| 3152 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. (1 but.po 150 szt.) | 05909991014421 | 2019-01-01 | 3 lata | 188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy | 99,25 | 117,92 | 117,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 35,38 |
| 3153 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg | 60 tabl. | 05909990910762 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,28 | 50,73 | 44,43 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,50 |
| 3154 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg | 60 tabl. | 05909990910779 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 80,57 | 97,02 | 88,86 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,36 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3155 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg | 30 tabl. | 05909990897780 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,83 | 8,10 | 5,55 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,75 |
| 3156 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990719853 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,94 | 43,03 | 43,03 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 3157 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990720163 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,96 | 82,73 | 82,73 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 3158 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990719389 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,51 | 7,77 | 5,55 | Schizofrenia | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,42 |
| 3159 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990720309 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 100,44 | 119,90 | 119,90 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3160 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991326319 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,04 | 83,86 | 83,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 3161 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991326371 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,68 | 123,30 | 123,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3162 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991326432 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 140,40 | 163,84 | 163,84 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3163 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990806362 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,61 | 46,88 | 44,43 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3164 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990806386 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,22 | 89,31 | 88,86 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,65 |
| 3165 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990806355 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,94 | 8,22 | 5,55 | Schizofrenia | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,87 |
| 3166 | Quetiapinum | Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 05909991209858 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,21 | 45,41 | 44,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,18 |
| 3167 | Quetiapinum | Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 30 szt. | 05909991210021 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 52,92 | 66,01 | 66,01 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 3168 | Quetiapinum | Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991210199 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,20 | 86,13 | 86,13 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 3169 | Quetiapinum | Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909991209728 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,80 | 12,71 | 11,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3170 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990722365 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 48,13 | 44,43 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,90 |
| 3171 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990722426 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,60 | 91,80 | 88,86 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,14 |
| 3172 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990722327 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,40 | 133,51 | 133,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,02 |
| 3173 | Quetiapinum | Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990055562 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,88 | 49,26 | 44,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3174 | Quetiapinum | Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990055593 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 76,68 | 92,93 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,27 |
| 3175 | Quetiapinum | Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990055531 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,86 | 8,13 | 5,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,78 |
| 3176 | Quetiapinum | Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990055630 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 114,70 | 134,88 | 133,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,39 |
| 3177 | Quetiapinum | Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991219420 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,59 | 69,86 | 66,65 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,41 |
| 3178 | Quetiapinum | Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219468 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,46 | 91,65 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,99 |
| 3179 | Quetiapinum | Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219505 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,19 | 133,29 | 133,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3180 | Quetiapinum | Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991219543 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 150,93 | 174,90 | 174,90 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3181 | Quetiapinum | Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991219383 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,87 | 25,27 | 22,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,25 |
| 3182 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990058785 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 79,14 | 74,05 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,29 |
| 3183 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990058778 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,22 | 25,65 | 22,22 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,63 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3184 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081233 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,64 | 50,06 | 44,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,83 |
| 3185 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990058761 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 129,60 | 151,18 | 148,10 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,41 |
| 3186 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990058754 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 48,13 | 44,43 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,90 |
| 3187 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081196 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 77,22 | 93,50 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,84 |
| 3188 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990058808 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,09 | 25,89 | 18,51 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 10,58 |
| 3189 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990779062 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,32 | 132,38 | 132,38 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3190 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 05909990430857 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 41,04 | 51,53 | 44,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,30 |
| 3191 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 05909990430888 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 82,08 | 98,60 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 12,94 |
| 3192 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990430840 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,94 | 8,22 | 5,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3193 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219901 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,74 | 90,90 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,24 |
| 3194 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219963 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,10 | 132,15 | 132,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3195 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991220020 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 149,47 | 173,35 | 173,35 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3196 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909991219758 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,34 | 13,28 | 11,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,37 |
| 3197 | Quetiapinum | Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990074143 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,15 | 49,54 | 44,43 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,31 |
| 3198 | Quetiapinum | Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990074235 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 78,30 | 94,64 | 88,86 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,98 |
| 3199 | Quetiapinum | Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990074068 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,29 | 7,53 | 5,55 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,18 |
| 3200 | Quetiapinum | Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990074280 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 115,02 | 135,21 | 133,29 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,72 |
| 3201 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991205591 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 55,89 | 69,12 | 66,65 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,67 |
| 3202 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991205676 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,52 | 90,67 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3203 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991205737 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 111,78 | 131,81 | 131,81 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3204 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991380922 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 142,56 | 166,11 | 166,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3205 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991255367 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,68 | 25,07 | 22,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,05 |
| 3206 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990688234 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 41,04 | 51,53 | 44,43 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,30 |
| 3207 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg | 60 szt. | 05909990688272 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 61,56 | 75,08 | 66,65 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,63 |
| 3208 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990688296 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 82,08 | 98,60 | 88,86 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 12,94 |
| 3209 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990688241 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,94 | 8,22 | 5,55 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,87 |
| 3210 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990688265 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 123,12 | 143,72 | 133,29 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 15,23 |
| 3211 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05906414000894 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,62 | 69,89 | 66,65 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,44 |
| 3212 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990965373 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,60 | 91,80 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3213 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909990965403 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,40 | 133,51 | 133,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,02 |
| 3214 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909990965441 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 151,20 | 175,18 | 175,18 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3215 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg | 30 tabl. | 05909990965335 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,34 | 13,28 | 11,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,37 |
| 3216 | Quetiapinum | Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990788590 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,95 | 50,39 | 44,43 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,16 |
| 3217 | Quetiapinum | Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990788651 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 78,83 | 95,19 | 88,86 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,53 |
| 3218 | Quetiapinum | Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990788583 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,61 | 7,87 | 5,55 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,52 |
| 3219 | Quetiapinum | Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990788675 | <1>2019-01-01/<2>2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 117,82 | 138,15 | 133,29 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,66 |
| 3220 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991358570 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,52 | 69,79 | 66,65 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,34 |
| 3221 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991358648 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,94 | 82,71 | 82,71 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 3222 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991358792 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 100,42 | 119,88 | 119,88 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3223 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991358945 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 140,38 | 163,82 | 163,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3224 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909991358495 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,78 | 12,69 | 11,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,78 |
| 3225 | Quetiapinum | Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990938544 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,61 | 46,88 | 44,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,65 |
| 3226 | Quetiapinum | Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990938704 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,22 | 89,31 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,65 |
| 3227 | Quetiapinum | Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05901384806057 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,70 | 6,92 | 5,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 4,57 |
| 3228 | Quetiapinum | Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990938766 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 109,84 | 129,77 | 129,77 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3229 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990736393 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,26 | 47,56 | 44,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,33 |
| 3230 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990736461 | 2019-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,52 | 90,67 | 88,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,01 |
| 3231 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990736492 | 2019-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 111,24 | 131,24 | 131,24 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3232 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 tabl. | 05909991087180 | 2017-05-01 | 5 lat | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 71,28 | 87,26 | 87,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3233 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 tabl. | 05909991087258 | 2017-05-01 | 5 lat | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 106,92 | 126,71 | 126,71 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3234 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 tabl. | 05909991087302 | 2017-05-01 | 5 lat | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 142,56 | 166,11 | 166,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3235 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 tabl. | 05909991087005 | 2017-05-01 | 5 lat | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,82 | 24,17 | 22,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,15 |
| 3236 | Quinaprilum | Accupro 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 05909990707010 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 12,44 | 3,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 12,10 |
| 3237 | Quinaprilum | Accupro 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 05909990707119 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,16 | 20,17 | 7,08 | 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 | 17,36 |
| 3238 | Quinaprilum | Accupro 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 tabl.) | 05909991080129 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,29 | 31,15 | 13,21 | 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 | 25,90 |
| 3239 | Quinaprilum | Accupro 5, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 05909990706914 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,10 | 9,06 | 1,77 | 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 | 9,06 |
| 3240 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991125516 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,02 | 12,67 | 3,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 12,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3241 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991125615 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,12 | 18,02 | 7,08 | 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 | 15,21 |
| 3242 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990953882 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,26 | 30,21 | 14,15 | 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 | 24,59 |
| 3243 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991125417 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,05 | 9,00 | 1,77 | 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 | 9,00 |
| 3244 | Quinaprilum | Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991165710 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,80 | 15,58 | 7,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 12,77 |
| 3245 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991340766 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 15,40 | 15,40 | 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 |
| 3246 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991308971 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,34 | 16,70 | 16,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3247 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990571468 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,31 | 17,72 | 17,72 | 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 | 12,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3248 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990571475 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,84 | 33,51 | 33,51 | 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 | 25,60 |
| 3249 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990571499 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,16 | 9,44 | 9,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3250 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990571505 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,42 | 17,83 | 17,83 | 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 | 12,80 |
| 3251 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990653379 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,29 | 19,57 | 19,57 | 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 |
| 3252 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 2.5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990653355 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,60 | 5,32 | 4,95 | 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 | 3,57 |
| 3253 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990653362 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,19 | 10,35 | 9,91 | 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 | 6,41 |
| 3254 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337989 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,97 | 21,56 | 21,23 | 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 | 13,13 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3255 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 2.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337958 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 4,00 | 5,85 | 5,31 | 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 | 3,74 |
| 3256 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337972 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,93 | 11,30 | 10,62 | 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 | 7,08 |
| 3257 | Ramiprilum | Ivipril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990962020 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,42 | 17,61 | 17,61 | 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 |
| 3258 | Ramiprilum | Ivipril, tabl., 2.5 mg | 28 szt. | 05909990961955 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,10 | 4,80 | 4,80 | 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 |
| 3259 | Ramiprilum | Ivipril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990961986 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,16 | 9,27 | 9,27 | 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 |
| 3260 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990661756 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,04 | 19,31 | 19,31 | 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 |
| 3261 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991344603 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 15,40 | 15,40 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3262 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991369910 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,96 | 18,40 | 18,40 | 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 |
| 3263 | Ramiprilum | Piramil 2,5 mg, tabl., 2.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990212170 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 4,81 | 6,70 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,59 |
| 3264 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg | 30 szt. | 05909991369903 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,18 | 10,51 | 10,51 | 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 | 6,40 |
| 3265 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990212248 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,56 | 10,91 | 10,62 | 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 | 6,69 |
| 3266 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990924653 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,71 | 20,02 | 19,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,16 |
| 3267 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694655 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,97 | 21,34 | 19,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 13,48 |
| 3268 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 2.5 mg | 28 szt. | 05909990924608 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,67 | 5,38 | 4,95 | 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 | 3,63 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3269 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990924646 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,35 | 10,52 | 9,91 | 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 | 6,58 |
| 3270 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694631 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,87 | 11,06 | 9,91 | 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 | 7,12 |
| 3271 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991093334 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 15,18 | 15,18 | 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 |
| 3272 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 2.5 mg | 28 szt. | 05909991093280 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 2,65 | 4,32 | 4,32 | 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 | 3,20 |
| 3273 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991093303 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,08 | 8,14 | 8,14 | 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 |
| 3274 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991326012 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,90 | 20,44 | 20,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3275 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909991325893 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,80 | 5,64 | 5,31 | 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 | 3,53 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3276 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991325954 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,45 | 10,79 | 10,62 | 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 | 6,57 |
| 3277 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991316655 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,88 | 17,04 | 17,04 | 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 |
| 3278 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991316464 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,94 | 9,04 | 9,04 | 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 |
| 3279 | Ramiprilum | Ramipril Krka, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991070540 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,31 | 17,50 | 17,50 | 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 |
| 3280 | Ramiprilum | Ramipril Krka, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991070441 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,16 | 9,27 | 9,27 | 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 |
| 3281 | Ramiprilum | Ramistad 10, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990017461 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,15 | 15,23 | 15,23 | 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 |
| 3282 | Ramiprilum | Ramistad 2,5, tabl., 2.5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990017447 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 2,75 | 4,43 | 4,43 | 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 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3283 | Ramiprilum | Ramistad 5, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990017454 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,56 | 8,64 | 8,64 | 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 |
| 3284 | Ramiprilum | Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909990047987 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,82 | 19,09 | 19,09 | 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 |
| 3285 | Ramiprilum | Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2.5 mg | 28 szt. | 05909990047949 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,46 | 5,17 | 4,95 | 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 | 3,42 |
| 3286 | Ramiprilum | Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. | 05909990047963 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,91 | 10,06 | 9,91 | 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 | 6,12 |
| 3287 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991414153 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,48 | 18,72 | 18,72 | 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 | 11,95 |
| 3288 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991411640 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,59 | 18,84 | 18,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3289 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991402006 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,59 | 18,84 | 18,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3290 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427153 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,59 | 18,84 | 18,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3291 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991401566 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,61 | 18,86 | 18,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3292 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990916016 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,98 | 21,35 | 19,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 13,49 |
| 3293 | Ramiprilum | Tritace 10, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 05909991367084 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,66 | 18,91 | 18,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3294 | Ramiprilum | Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990478217 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,37 | 9,28 | 4,95 | 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 | 7,53 |
| 3295 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990478316 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,83 | 13,12 | 9,91 | 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 | 9,18 |
| 3296 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427276 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,15 | 19,43 | 19,43 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3297 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990610532 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,66 | 21,23 | 21,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3298 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991004392 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 46,66 | 58,42 | 58,42 | 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 |
| 3299 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990610440 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,89 | 5,73 | 5,31 | 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 | 3,62 |
| 3300 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg | 90 szt. | 05909991004378 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,66 | 16,21 | 15,92 | 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 | 9,89 |
| 3301 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991427252 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,01 | 10,15 | 9,91 | 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 | 6,21 |
| 3302 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990610495 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,78 | 11,13 | 10,62 | 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 | 6,91 |
| 3303 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909991004385 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,33 | 30,71 | 30,71 | 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 |
| 3304 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909990936885 | 2018-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,53 | 16,82 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3305 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909990936854 | 2018-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,26 | 8,68 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,44 |
| 3306 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909990936809 | 2018-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,53 | 16,82 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,33 |
| 3307 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909990936779 | 2018-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,26 | 8,68 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,44 |
| 3308 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991142759 | 2019-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,30 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,81 |
| 3309 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 60 szt. | 05909991142728 | 2019-09-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 24,11 | 31,05 | 29,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,08 |
| 3310 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps., 10+5 mg | 30 szt. | 05909991142636 | 2019-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,44 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,20 |
| 3311 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 60 szt. | 05909991142643 | 2019-09-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,30 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,81 |
| 3312 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps., 5+10 mg | 30 szt. | 05909991142681 | 2019-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,30 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,81 |
| 3313 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 60 szt. | 05909991142674 | 2019-09-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 24,11 | 31,05 | 29,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,08 |
| 3314 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps., 5+5 mg | 30 szt. | 05909991142520 | 2019-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,44 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,20 |
| 3315 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 60 szt. | 05909991142513 | 2019-09-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,30 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,81 |
| 3316 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05903060611542 | 2021-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,06 | 16,31 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,82 |
| 3317 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05903060611504 | 2021-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,44 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,20 |
| 3318 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05903060611467 | 2021-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,06 | 16,31 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,82 |
| 3319 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05903060611429 | 2021-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,44 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,20 |
| 3320 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909990988334 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,30 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,81 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3321 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909990988297 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,44 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,20 |
| 3322 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909990988273 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,30 | 14,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,81 |
| 3323 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909990988259 | 2019-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,44 | 7,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,20 |
| 3324 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg | 28 szt. | 05909990973118 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,34 | 13,45 | 4,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,70 |
| 3325 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg | 28 szt. | 05909990973217 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,58 | 18,11 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,17 |
| 3326 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HD, tabl., 5+25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573233 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,61 | 15,16 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,94 |
| 3327 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573226 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,10 | 10,16 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,05 |
| 3328 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990885312 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,10 | 10,05 | 4,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,30 |
| 3329 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990885411 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,83 | 13,12 | 9,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,18 |
| 3330 | Ranitidinum | Ranitydyna Aurovitas, tabl. powl., 150 mg | 60 szt. | 05909991352868 | 2019-09-01 | 3 lata | 1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie | 6,06 | 8,77 | 8,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3331 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg | 100 szt. | 05909990085019 | 2019-01-01 | 3 lata | 111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna | 62,10 | 75,15 | 61,40 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 13,75 |
| 3332 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990084913 | 2019-01-01 | 3 lata | 111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna | 103,68 | 122,80 | 122,80 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3333 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg | 100 szt. | 05909990086115 | 2019-01-01 | 3 lata | 111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną | 75,06 | 90,31 | 77,78 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 12,53 |
| 3334 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg | 100 szt. | 05909990086214 | 2019-01-01 | 3 lata | 111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną | 133,38 | 155,55 | 155,55 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3335 | Riluzolum | Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. | 05909990928156 | 2021-01-01 | 3 lata | 191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol | 156,60 | 181,04 | 181,04 | Stwardnienie zanikowe boczne | | ryczałt | 3,20 |
| 3336 | Risedronatum natricum | Risendros 35, tabl. powl., 35 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990082599 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 13,50 | 17,31 | 11,90 | Osteoporoza | osteoporoza posterydowa - profilaktyka | 30% | 8,98 |
| 3337 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990831258 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,48 | 9,00 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,05 |
| 3338 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. | 05909990831265 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 16,20 | 21,91 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,67 |
| 3339 | Risperidonum | Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990690138 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 31,32 | 39,64 | 35,73 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,11 |
| 3340 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. | 05909990831272 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 32,40 | 41,62 | 41,62 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3341 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. | 05909990831289 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 48,60 | 60,63 | 60,63 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,84 |
| 3342 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. | 05909990831296 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 62,10 | 76,51 | 76,51 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,12 |
| 3343 | Risperidonum | Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990075157 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 9,29 | 12,80 | 10,72 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,28 |
| 3344 | Risperidonum | Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990075164 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 18,58 | 24,40 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,16 |
| 3345 | Risperidonum | Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990075171 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 27,86 | 35,58 | 32,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,63 |
| 3346 | Risperidonum | Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990075188 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 37,15 | 46,61 | 42,87 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,94 |
| 3347 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990044481 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,75 | 9,28 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3348 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990044344 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 13,50 | 17,95 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,86 |
| 3349 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990044252 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 20,79 | 26,73 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,49 |
| 3350 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990044146 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 28,51 | 35,84 | 28,58 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,46 |
| 3351 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990336524 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 7,32 | 9,89 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,94 |
| 3352 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990336548 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 21,97 | 27,97 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,73 |
| 3353 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990336487 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 15,02 | 19,54 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,45 |
| 3354 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990336500 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 45,07 | 54,91 | 42,87 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 15,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3355 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990336555 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 21,98 | 27,98 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,74 |
| 3356 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990336579 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 65,93 | 78,83 | 64,31 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 18,36 |
| 3357 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990336586 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 29,30 | 36,67 | 28,58 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,29 |
| 3358 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990336609 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 87,90 | 103,60 | 85,74 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 22,98 |
| 3359 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990670413 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 7,18 | 9,74 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,79 |
| 3360 | Risperidonum | Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990423828 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 35,90 | 44,45 | 35,73 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,92 |
| 3361 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990670512 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 14,71 | 19,22 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,13 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3362 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990670611 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 19,39 | 25,26 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,02 |
| 3363 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990670710 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 21,60 | 28,58 | 28,58 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3364 | 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 288,90 | 323,43 | 319,26 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 7,37 |
| 3365 | 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 433,35 | 478,89 | 478,89 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 3,20 |
| 3366 | 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 577,80 | 634,36 | 634,36 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 3,20 |
| 3367 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990567683 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 7,17 | 9,73 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,78 |
| 3368 | Risperidonum | Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but.po 100 ml | 05909990721405 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 36,85 | 45,44 | 35,73 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,91 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3369 | Risperidonum | Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but.po 30 ml | 05909990721399 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 10,69 | 14,27 | 10,72 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,75 |
| 3370 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990567737 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 15,03 | 19,55 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,46 |
| 3371 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990567935 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 22,25 | 28,26 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,02 |
| 3372 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990568031 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 30,24 | 37,65 | 28,58 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,27 |
| 3373 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990034932 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 5,94 | 8,44 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,49 |
| 3374 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990680849 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 13,39 | 18,40 | 17,86 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,74 |
| 3375 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990034994 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 11,99 | 16,36 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3376 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990680863 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 26,78 | 34,87 | 34,87 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3377 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl., 10 mg | 10 szt. | 05909990658145 | 2018-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 83,16 | 94,99 | 40,17 | Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna | | ryczałt | 58,02 |
| 3378 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 15 mg | 14 szt. | 05909990910601 | <1>2018-09-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 116,42 | 133,99 | 84,35 | <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% | 74,95 |
| 3379 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 15 mg | 42 szt. | 05909990910663 | <1>2018-09-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 349,27 | 384,65 | 253,04 | <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% | 207,52 |
| 3380 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 20 mg | 14 szt. | 05909990910700 | <1>2018-09-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 116,42 | 135,58 | 112,46 | <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% | 56,86 |
| 3381 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h | 30 szt. | 05909991078386 | 2019-07-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 62,51 | 69,43 | 14,16 | Choroba Alzheimera | | 30% | 59,52 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3382 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991439415 | 2021-05-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 117,18 | 129,09 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 108,62 |
| 3383 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991078454 | 2019-07-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 129,11 | 141,62 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 121,15 |
| 3384 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h | 30 sasz. | 05909991032609 | 2019-01-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 242,25 | 261,84 | 40,95 | Choroba Alzheimera | | 30% | 233,18 |
| 3385 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h | 30 sasz. | 05909990066704 | 2019-01-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 97,63 | 106,30 | 14,16 | Choroba Alzheimera | | 30% | 96,39 |
| 3386 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 9.5 mg/24h | 30 sasz. | 05909990066766 | 2019-01-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 174,80 | 189,59 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 169,12 |
| 3387 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990700646 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 12,96 | 15,09 | 4,55 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,91 |
| 3388 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990700660 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 12,96 | 15,09 | 4,55 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,91 |
| 3389 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990700684 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 21,06 | 24,82 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 18,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3390 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 28 szt. | 05909990700691 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 21,06 | 24,82 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 18,45 |
| 3391 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 56 szt. | 05909990700721 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 40,93 | 47,43 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 34,69 |
| 3392 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990700707 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 42,12 | 48,68 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,94 |
| 3393 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990700738 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 31,59 | 36,88 | 13,65 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 27,33 |
| 3394 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990700745 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 31,59 | 36,88 | 13,65 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 27,33 |
| 3395 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990700769 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 61,45 | 70,34 | 27,30 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 51,23 |
| 3396 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990700752 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 63,18 | 72,16 | 27,30 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 53,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3397 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990700790 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 42,12 | 48,68 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,94 |
| 3398 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 28 szt. | 05909990700806 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 42,12 | 48,68 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,94 |
| 3399 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 56 szt. | 05909990700851 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 81,97 | 92,99 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 67,51 |
| 3400 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990700844 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 84,24 | 95,37 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 69,89 |
| 3401 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990782048 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 9,98 | 11,96 | 4,55 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 8,78 |
| 3402 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg | 56 szt. | 05909990782055 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 19,96 | 23,67 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 17,30 |
| 3403 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990782079 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 17,64 | 21,23 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 14,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3404 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990782086 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 36,29 | 42,55 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 29,81 |
| 3405 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990782147 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,73 | 33,89 | 13,65 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 24,34 |
| 3406 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990782154 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 60,48 | 69,32 | 27,30 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 50,21 |
| 3407 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990782178 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 35,28 | 41,49 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 28,75 |
| 3408 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990782185 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 79,83 | 90,74 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 65,26 |
| 3409 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990816255 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 41,69 | 48,22 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,48 |
| 3410 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990816262 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 31,27 | 36,54 | 13,65 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 26,99 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3411 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990816279 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 62,53 | 71,48 | 27,30 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 52,37 |
| 3412 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990816286 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 41,69 | 48,22 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,48 |
| 3413 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990816293 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 83,38 | 94,46 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 68,98 |
| 3414 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990982981 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 7,17 | 9,01 | 4,55 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 5,83 |
| 3415 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990983162 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 14,32 | 17,75 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,38 |
| 3416 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990983179 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,62 | 34,50 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 21,76 |
| 3417 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990983308 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 21,46 | 26,24 | 13,65 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 16,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3418 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990983322 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 42,93 | 50,90 | 27,30 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 31,79 |
| 3419 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990983506 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,62 | 34,50 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 21,76 |
| 3420 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990983544 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 57,25 | 67,03 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 41,55 |
| 3421 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990778935 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 17,28 | 20,85 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 14,48 |
| 3422 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990778942 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 32,40 | 38,47 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 25,73 |
| 3423 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990778966 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 23,76 | 28,66 | 13,65 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 19,11 |
| 3424 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990778973 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 46,12 | 54,25 | 27,30 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3425 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990778997 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 30,24 | 36,20 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 23,46 |
| 3426 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990779000 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 59,83 | 69,74 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 44,26 |
| 3427 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990803156 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 9,18 | 11,12 | 4,55 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 7,94 |
| 3428 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990803545 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 14,36 | 17,79 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,42 |
| 3429 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990803569 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,73 | 34,63 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 21,89 |
| 3430 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990803781 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 21,60 | 26,39 | 13,65 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 16,84 |
| 3431 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990803804 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 43,41 | 51,40 | 27,30 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 32,29 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3432 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h | 30 szt. | 05909991078294 | 2020-09-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 59,40 | 66,16 | 14,16 | Choroba Alzheimera | | 30% | 56,25 |
| 3433 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990804085 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,73 | 34,63 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 21,89 |
| 3434 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990804108 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 57,24 | 67,02 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 41,54 |
| 3435 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991078348 | 2020-09-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 120,96 | 133,06 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 112,59 |
| 3436 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24 h | 30 szt. | 05909991067595 | 2018-09-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 64,53 | 71,55 | 14,16 | Choroba Alzheimera | | 30% | 61,64 |
| 3437 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991067632 | 2019-03-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 129,12 | 141,63 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 121,16 |
| 3438 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990877683 | 2019-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 21,55 | 28,22 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 11,29 |
| 3439 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990878000 | 2019-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 43,42 | 54,21 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 20,34 |
| 3440 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990878086 | 2019-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 91,37 | 108,56 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 40,81 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3441 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990992607 | 2019-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,56 | 38,74 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,81 |
| 3442 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990992683 | 2019-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 63,12 | 74,90 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 41,03 |
| 3443 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990992775 | 2019-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 126,23 | 145,16 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 77,41 |
| 3444 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 0.25 mg | 210 szt. | 05909990731954 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 29,30 | 36,13 | 22,68 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 20,25 |
| 3445 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 0.5 mg | 21 szt. | 05909990731985 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 5,83 | 7,66 | 4,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,48 |
| 3446 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. | 05909990732074 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 11,34 | 14,73 | 9,07 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 8,38 |
| 3447 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. | 05909990732227 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 22,68 | 28,40 | 18,15 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 15,70 |
| 3448 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 5 mg | 21 szt. | 05909990732333 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 47,52 | 58,19 | 45,36 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 26,44 |
| 3449 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990998586 | 2018-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 27,00 | 33,94 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 17,01 |
| 3450 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990998982 | 2018-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 55,08 | 66,45 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 32,58 |
| 3451 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990999156 | 2018-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 105,84 | 123,75 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 56,00 |
| 3452 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909991049294 | 2019-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 23,76 | 30,54 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 13,61 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3453 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991049355 | 2019-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 56,48 | 67,92 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 34,05 |
| 3454 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991049393 | 2019-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 113,40 | 131,69 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 63,94 |
| 3455 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990990085 | 2018-03-01 | 5 lat | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,65 | 38,82 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,89 |
| 3456 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990990092 | 2018-03-01 | 5 lat | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 63,31 | 75,10 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 41,23 |
| 3457 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990990108 | 2018-03-01 | 5 lat | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 126,61 | 145,56 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 77,81 |
| 3458 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990988198 | 2018-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,65 | 38,82 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,89 |
| 3459 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990988204 | 2018-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 63,30 | 75,09 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 41,22 |
| 3460 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990988242 | 2018-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 126,61 | 145,56 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 77,81 |
| 3461 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990983582 | 2019-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,10 | 38,25 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,32 |
| 3462 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990983803 | 2019-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 62,21 | 73,94 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 40,07 |
| 3463 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990983971 | 2019-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 125,93 | 144,86 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 77,11 |
| 3464 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 0.5 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990013685 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 5,89 | 7,72 | 4,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3465 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990013890 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 11,79 | 15,20 | 9,07 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 8,85 |
| 3466 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990013586 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 23,59 | 29,37 | 18,15 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 16,67 |
| 3467 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 5 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990013968 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 58,86 | 70,09 | 45,36 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 38,34 |
| 3468 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990644728 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,02 | 38,16 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,23 |
| 3469 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990644612 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 63,12 | 74,90 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 41,03 |
| 3470 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990644636 | 2019-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 125,16 | 144,05 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 76,30 |
| 3471 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990855766 | 2019-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,32 | 38,48 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,55 |
| 3472 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 84 szt. | 05909991033781 | 2021-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 78,84 | 93,46 | 72,58 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 42,65 |
| 3473 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991391485 | 2020-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 42,12 | 52,85 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 18,98 |
| 3474 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990855773 | 2019-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 62,64 | 74,39 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 40,52 |
| 3475 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 84 szt. | 05909991033798 | 2021-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 157,68 | 180,23 | 145,16 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 78,62 |
| 3476 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991391683 | 2020-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 84,24 | 101,07 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 33,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3477 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990855780 | 2019-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 125,28 | 144,16 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 76,41 |
| 3478 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 84 szt. | 05909991033804 | 2021-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 315,36 | 349,80 | 290,33 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 146,57 |
| 3479 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 tabl. | 05909990963874 | 2018-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,27 | 38,42 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,49 |
| 3480 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 tabl. | 05909990964239 | 2018-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 62,53 | 74,28 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 40,41 |
| 3481 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 tabl. | 05909990964321 | 2018-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 125,06 | 143,93 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 76,18 |
| 3482 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991021184 | 2020-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,68 | 8,26 | 8,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,48 |
| 3483 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991021337 | 2020-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,50 | 15,99 | 15,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,80 |
| 3484 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991021375 | 2020-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,64 | 29,87 | 29,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,96 |
| 3485 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991000141 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,67 | 9,30 | 8,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,51 |
| 3486 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 05909991375799 | 2019-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,50 | 23,74 | 23,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,12 |
| 3487 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991000158 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,35 | 17,92 | 16,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,34 |
| 3488 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909991375812 | 2019-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 34,99 | 45,02 | 45,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3489 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991000165 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,11 | 30,37 | 30,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,11 |
| 3490 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991000103 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,34 | 4,71 | 4,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,82 |
| 3491 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 05909991375775 | 2019-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 8,75 | 12,58 | 12,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,77 |
| 3492 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990919604 | 2021-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,12 | 8,86 | 8,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,66 |
| 3493 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909991435950 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 9,17 | 13,02 | 13,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,91 |
| 3494 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990919659 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,42 | 17,11 | 17,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,13 |
| 3495 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991435981 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,35 | 24,63 | 24,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,39 |
| 3496 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990919673 | 2021-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 24,52 | 32,11 | 32,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,63 |
| 3497 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990919574 | 2021-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,07 | 4,50 | 4,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,40 |
| 3498 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991085674 | 2020-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,79 | 8,38 | 8,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,59 |
| 3499 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991085698 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,58 | 16,06 | 16,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,82 |
| 3500 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991085759 | 2020-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,57 | 16,05 | 16,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,82 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3501 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 05909991085773 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,16 | 30,42 | 30,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,13 |
| 3502 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991085841 | 2020-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,13 | 30,39 | 30,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,12 |
| 3503 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 05909991085865 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 46,31 | 57,93 | 57,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,38 |
| 3504 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991085599 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,88 | 4,22 | 4,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,33 |
| 3505 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991085636 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,79 | 8,38 | 8,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,59 |
| 3506 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990895250 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,73 | 9,37 | 8,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,58 |
| 3507 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 05909990895304 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,57 | 24,86 | 24,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,46 |
| 3508 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909990895380 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,10 | 13,81 | 12,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,13 |
| 3509 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05909990895403 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,33 | 23,30 | 23,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,99 |
| 3510 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 15 mg | 90 tabl. | 05909990895458 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 27,85 | 36,08 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,82 |
| 3511 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990895533 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,47 | 18,04 | 16,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,46 |
| 3512 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909990895588 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 37,13 | 47,27 | 47,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,18 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3513 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909990895663 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 20,20 | 26,31 | 24,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,94 |
| 3514 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05909990895687 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 34,67 | 44,30 | 44,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,29 |
| 3515 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 30 mg | 90 tabl. | 05909990895724 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 55,70 | 68,77 | 68,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,63 |
| 3516 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990895786 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 26,95 | 34,40 | 33,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,24 |
| 3517 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 05909990895892 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 74,26 | 90,18 | 90,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 27,05 |
| 3518 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990895106 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,37 | 4,74 | 4,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,85 |
| 3519 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 05909990895182 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 9,29 | 13,14 | 13,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,94 |
| 3520 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990791743 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,77 | 8,36 | 8,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,57 |
| 3521 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabletki powlekane, 10 mg | 84 tabl. | 05909990791781 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 16,61 | 22,54 | 22,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,76 |
| 3522 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990791873 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,53 | 16,01 | 16,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,80 |
| 3523 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabletki powlekane, 20 mg | 84 tabl. | 05909990791927 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 33,23 | 42,79 | 42,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,84 |
| 3524 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990792009 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,84 | 30,08 | 30,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3525 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabletki powlekane, 40 mg | 84 tabl. | 05909990792061 | 2019-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 66,47 | 81,49 | 81,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,45 |
| 3526 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990791606 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,85 | 4,19 | 4,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,30 |
| 3527 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990802623 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,70 | 8,29 | 8,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,50 |
| 3528 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990802647 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,45 | 15,92 | 15,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,78 |
| 3529 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 28 szt. | 05909991333959 | 2017-11-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 8,59 | 12,22 | 12,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,67 |
| 3530 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05909991333973 | 2017-11-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,16 | 23,13 | 23,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,94 |
| 3531 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990802685 | 2018-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,87 | 17,41 | 16,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,83 |
| 3532 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 05909990802708 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 29,91 | 29,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,97 |
| 3533 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909991334062 | 2017-11-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,16 | 23,13 | 23,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,94 |
| 3534 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05909991334086 | 2017-11-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 34,33 | 43,95 | 43,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,19 |
| 3535 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990802753 | 2020-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 29,91 | 29,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,97 |
| 3536 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 05909990802777 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 45,36 | 56,93 | 56,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,08 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3537 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990802562 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,84 | 4,18 | 4,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,29 |
| 3538 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909990802586 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,70 | 8,29 | 8,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,50 |
| 3539 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990777785 | 2019-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,26 | 8,87 | 8,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,08 |
| 3540 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg | 56 tabl. | 05997001369333 | 2018-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,14 | 23,10 | 23,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,93 |
| 3541 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05909991347079 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 27,41 | 35,62 | 35,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,69 |
| 3542 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990777839 | 2019-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,53 | 17,07 | 16,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,49 |
| 3543 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg | 56 tabl. | 05997001369340 | 2018-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 34,27 | 43,87 | 43,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,16 |
| 3544 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 30 mg | 90 szt. | 05909991347109 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 54,82 | 67,84 | 67,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,35 |
| 3545 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990777853 | 2019-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 29,91 | 29,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,97 |
| 3546 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 10 + 10 mg | 30 szt. | 03838989707057 | 2019-11-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3547 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 20 + 10 mg | 30 szt. | 03838989707064 | 2019-11-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3548 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 10 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003352 | 2019-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,88 | 24,23 | 12,83 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 15,25 |
| 3549 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 10 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003369 | 2019-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 39,77 | 47,07 | 25,67 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 29,10 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3550 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003383 | 2019-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,88 | 24,23 | 12,83 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 15,25 |
| 3551 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003390 | 2019-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 39,77 | 47,07 | 25,67 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 29,10 |
| 3552 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 5 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003321 | 2019-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,88 | 24,23 | 12,83 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 15,25 |
| 3553 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 5 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003338 | 2019-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 39,77 | 47,07 | 25,67 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 29,10 |
| 3554 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 10 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708493 | 2020-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3555 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 10 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709315 | 2020-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 38,73 | 46,23 | 27,50 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,98 |
| 3556 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 20 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708509 | 2020-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3557 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 20 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709322 | 2020-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 38,73 | 46,23 | 27,50 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,98 |
| 3558 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 5 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708486 | 2020-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3559 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 5 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709308 | 2020-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 38,73 | 46,23 | 27,50 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,98 |
| 3560 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powl., 100 mg | 10 szt. | 05909990847914 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,02 | 18,72 | 6,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,70 |
| 3561 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powl., 150 mg | 10 szt. | 05909990848010 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,28 | 20,77 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,24 |
| 3562 | Roxithromycinum | Rulid, tabl. powl., 150 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990085910 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,44 | 23,04 | 9,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,51 |
| 3563 | Roxithromycinum | Rulid, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990785919 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,88 | 15,27 | 9,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3564 | Salbutamolum | Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 | 2021-03-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 8,75 | 12,45 | 12,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3565 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991106928 | 2019-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 22,24 | 26,61 | 12,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,36 |
| 3566 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991107826 | 2019-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 37,30 | 44,35 | 24,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,78 |
| 3567 | Salbutamolum | Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 8,5 g (200 daw.) | 05909990764150 | 2019-05-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 8,69 | 12,38 | 12,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3568 | Salbutamolum | Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990317516 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego | 4,86 | 7,13 | 7,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3569 | Salbutamolum | Ventolin, płyn do inhalacji z nebulizatora, 1 mg/ml | 20 amp.po 2,5 ml | 05909990454013 | 2019-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 14,04 | 15,47 | 2,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,47 |
| 3570 | Salbutamolum | Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 | 2019-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 8,75 | 12,45 | 12,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3571 | Salbutamolum | Ventolin, płyn do inhalacji z nebulizatora, 2 mg/ml | 20 amp.po 2,5 ml | 05909990454112 | 2019-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 17,25 | 19,58 | 4,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,80 |
| 3572 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg | 120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator) | 05909991206390 | 2018-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 96,66 | 115,04 | 114,47 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,97 |
| 3573 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 05909991109424 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 49,03 | 61,03 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,99 |
| 3574 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator | 05909991109431 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 73,55 | 89,30 | 85,85 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,25 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3575 | Salmeterolum | Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę | 120 dawek | 05909990867653 | 2018-01-01 | 5 lat | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 51,51 | 63,64 | 57,24 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,60 |
| 3576 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 59,94 | 72,49 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 18,45 |
| 3577 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 | 2019-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 64,15 | 76,91 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 22,87 |
| 3578 | Selegilini hydrochloridum | Segan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990746026 | 2019-01-01 | 3 lata | 171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina | 15,98 | 21,64 | 21,64 | Choroba i zespół Parkinsona | | ryczałt | 6,40 |
| 3579 | Selegilinum | Selgres, tabl. powl., 5 mg | 50 szt. | 05909990404315 | 2019-01-01 | 3 lata | 171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina | 13,50 | 18,48 | 18,03 | Choroba i zespół Parkinsona | | ryczałt | 5,78 |
| 3580 | Semaglutidum | Ozempic, roztw. do wstrz., 0.25 mg | 1 wstrz.po 1,5 ml + 4 igły | 05909991389901 | 2020-01-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 322,92 | 360,05 | 360,05 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI ≥35 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% | 108,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3581 | Semaglutidum | Ozempic, roztw. do wstrz., 0.5 mg | 1 wstrz.po 1,5 ml + 4 igły | 05909991389918 | 2020-01-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 322,92 | 360,05 | 360,05 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI ≥35 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% | 108,02 |
| 3582 | Semaglutidum | Ozempic, roztw. do wstrz., 1 mg | 1 wstrz.po 3 ml + 4 igły | 05909991389956 | 2020-01-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 322,92 | 360,05 | 360,05 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI ≥35 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% | 108,02 |
| 3583 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 12 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991089313 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 237,60 | 267,89 | 267,89 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3584 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 16 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991089412 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 316,98 | 353,21 | 353,21 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3585 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991089214 | 2019-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 80,44 | 97,18 | 97,18 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3586 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991106904 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 19,31 | 25,64 | 25,64 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3587 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991106898 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 9,66 | 13,53 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,41 |
| 3588 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990963317 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 21,60 | 27,78 | 24,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,76 |
| 3589 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990963218 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 10,80 | 14,54 | 12,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,03 |
| 3590 | Sertralinum | Asertin 100, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990422685 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 21,59 | 28,03 | 26,06 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,79 |
| 3591 | Sertralinum | Asertin 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990422692 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 9,61 | 13,48 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,36 |
| 3592 | Sertralinum | Miravil, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990804368 | 2019-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 17,93 | 24,20 | 24,20 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,26 |
| 3593 | Sertralinum | Miravil, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990804344 | 2019-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 9,05 | 12,89 | 12,89 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,87 |
| 3594 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991279615 | 2017-11-01 | 5 lat | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 13,69 | 19,47 | 19,47 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,84 |
| 3595 | Sertralinum | Sastium, tabletki powlekane, 100 mg | 30 tabl. | 05909991279622 | 2018-09-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 14,67 | 20,76 | 20,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,23 |
| 3596 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 84 szt. | 05909991279660 | 2017-11-01 | 5 lat | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 41,08 | 53,04 | 53,04 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 15,91 |
| 3597 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991279516 | 2017-11-01 | 5 lat | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 6,85 | 10,39 | 10,39 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,12 |
| 3598 | Sertralinum | Sastium, tabletki powlekane, 50 mg | 30 tabl. | 05909991279523 | 2018-09-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 7,33 | 11,09 | 11,09 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3599 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. | 05909991279561 | 2017-11-01 | 5 lat | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 20,54 | 28,12 | 28,12 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,44 |
| 3600 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990046621 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,44 | 21,31 | 21,31 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,39 |
| 3601 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990046690 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 7,72 | 11,31 | 11,31 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,39 |
| 3602 | Sertralinum | Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990919987 | 2021-03-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,94 | 22,10 | 22,10 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,63 |
| 3603 | Sertralinum | Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990919888 | 2021-03-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 7,97 | 11,76 | 11,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,53 |
| 3604 | Sertralinum | Sertraline Aurobindo, tabl. powl., 50 mg | 30 tabl. | 05909990636136 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 7,24 | 10,99 | 10,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,30 |
| 3605 | Sertralinum | Sertraline Aurovitas, tabl. powl., 100 mg | 30 tabl. | 05909991355739 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 14,43 | 20,51 | 20,51 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,15 |
| 3606 | Sertralinum | Sertraline Aurovitas, tabl. powl., 50 mg | 30 tabl. | 05909991355654 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 7,21 | 10,96 | 10,96 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,29 |
| 3607 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990663163 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 18,36 | 24,64 | 24,64 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,39 |
| 3608 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990663040 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 9,18 | 13,03 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,91 |
| 3609 | Sertralinum | Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990571963 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 21,28 | 27,71 | 26,06 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,47 |
| 3610 | Sertralinum | Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990571925 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 9,72 | 13,60 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3611 | Sertralinum | Stimuloton, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990994816 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 12,96 | 17,00 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,88 |
| 3612 | Sertralinum | Zoloft, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990753215 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 25,16 | 31,52 | 24,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 14,50 |
| 3613 | Sertralinum | Zoloft, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990753116 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 13,82 | 17,72 | 12,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,21 |
| 3614 | Sertralinum | Zotral, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990569472 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 28,07 | 34,57 | 24,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 17,55 |
| 3615 | Sertralinum | Zotral, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990013982 | 2019-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 15,11 | 19,07 | 12,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,56 |
| 3616 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991418885 | 2021-05-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 6,74 | 9,70 | 9,24 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 3,23 |
| 3617 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg | 30 szt. | 05909991418960 | 2021-05-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,48 | 18,48 | 18,48 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 5,54 |
| 3618 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg | 30 szt. | 05391519923528 | 2021-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,82 | 17,14 | 9,24 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 10,67 |
| 3619 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg | 30 szt. | 05391519923535 | 2021-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,97 | 23,20 | 18,48 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 10,26 |
| 3620 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg | 90 szt. | 05391519923542 | 2021-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,91 | 65,35 | 55,44 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 26,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3621 | Simvastatinum | Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990618279 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,16 | 7,33 | 2,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 5,27 |
| 3622 | Simvastatinum | Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990618286 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,23 | 13,50 | 5,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,36 |
| 3623 | Simvastatinum | Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990618293 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,68 | 22,68 | 11,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 14,41 |
| 3624 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649532 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,05 | 7,95 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,09 |
| 3625 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991048488 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,38 | 4,20 | 4,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3626 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649655 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,10 | 15,61 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 7,89 |
| 3627 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991048495 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,75 | 8,06 | 8,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,42 |
| 3628 | Simvastatinum | Simorion, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990793853 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,62 | 4,60 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,67 |
| 3629 | Simvastatinum | Simorion, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990794140 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,91 | 7,81 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,95 |
| 3630 | Simvastatinum | Simorion, tabl. powl., 20 mg | 98 szt. | 05909990794157 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,82 | 23,01 | 19,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3631 | Simvastatinum | Simorion, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990794089 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,42 | 13,84 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,12 |
| 3632 | Simvastatinum | Simratio 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991019723 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,67 | 6,75 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,82 |
| 3633 | Simvastatinum | Simratio 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991019822 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,80 | 12,94 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,08 |
| 3634 | Simvastatinum | Simratio 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991019945 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 21,60 | 25,58 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 17,86 |
| 3635 | Simvastatinum | Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990940110 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,29 | 6,35 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 4,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3636 | Simvastatinum | Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990940219 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 9,94 | 12,04 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,18 |
| 3637 | Simvastatinum | Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990940318 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,87 | 23,75 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 16,03 |
| 3638 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990941025 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,56 | 4,54 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 2,61 |
| 3639 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990941124 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,13 | 9,10 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,24 |
| 3640 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990941223 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 14,26 | 17,87 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 10,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3641 | Simvastatinum | Simvacor, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990336623 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,29 | 6,41 | 2,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,35 |
| 3642 | Simvastatinum | Simvacor, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990336630 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,69 | 12,93 | 5,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,79 |
| 3643 | Simvastatinum | Simvagamma 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991146115 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 8,10 | 10,22 | 5,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,08 |
| 3644 | Simvastatinum | Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990743650 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,08 | 6,94 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,08 |
| 3645 | Simvastatinum | Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990743667 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,15 | 13,56 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3646 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990623273 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,62 | 6,76 | 2,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 4,70 |
| 3647 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990623297 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,23 | 13,50 | 5,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,36 |
| 3648 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990623334 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,98 | 24,05 | 11,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,78 |
| 3649 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990731565 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 1,94 | 3,64 | 3,64 | 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% | 1,09 |
| 3650 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990731671 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,89 | 6,98 | 6,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3651 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990723591 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,65 | 3,58 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,65 |
| 3652 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990723812 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,99 | 5,79 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,93 |
| 3653 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990723829 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,27 | 6,19 | 5,91 | 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% | 2,05 |
| 3654 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990724031 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,96 | 11,26 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,54 |
| 3655 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05907553016012 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,18 | 5,98 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3656 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05907553016029 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,96 | 11,26 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,54 |
| 3657 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990927616 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,94 | 7,04 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 5,11 |
| 3658 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990927715 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,79 | 13,98 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 10,12 |
| 3659 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990927838 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,03 | 26,03 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 18,31 |
| 3660 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990914012 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,18 | 6,24 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3661 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990914111 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,23 | 13,39 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,53 |
| 3662 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990982714 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,82 | 21,61 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 13,89 |
| 3663 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073114 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,86 | 5,90 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 3,97 |
| 3664 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073213 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,26 | 12,37 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,51 |
| 3665 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990935116 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,72 | 6,86 | 2,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 4,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3666 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990055722 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,58 | 12,71 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,85 |
| 3667 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990935215 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,34 | 13,62 | 5,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,48 |
| 3668 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990935314 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,01 | 23,03 | 11,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 14,76 |
| 3669 | Simvastatinum | Zocor 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990365913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,40 | 6,47 | 2,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 4,54 |
| 3670 | Simvastatinum | Zocor 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990366026 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,79 | 12,93 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3671 | Simvastatinum | Zocor 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990769124 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 21,58 | 25,56 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 17,84 |
| 3672 | Sirolimusum | Rapamune, tabl. draż., 1 mg | 30 szt. | 05909990985210 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1><5>2019-07-01/<2>2018-07-01/<3>2020-01-01/<4><6>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4>3 lata/<5><6>2 lata - dla kolumny 13 | 135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus | 461,47 | 509,15 | 509,15 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya | ryczałt | 3,20 |
| 3673 | Sirolimusum | Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml | 60 ml (but.+30 strzyk.) | 05909990893645 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1><5>2019-07-01/<2>2018-07-01/<3>2020-01-01/<4><6>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4>3 lata/<5><6>2 lata - dla kolumny 13 | 135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus | 937,18 | 1020,77 | 1018,30 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya | ryczałt | 5,67 |
| 3674 | Solifenacini succinas | Adablok, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05906414003758 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 32,40 | 40,75 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 16,29 |
| 3675 | Solifenacini succinas | Adablok, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05906414003741 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 16,20 | 21,33 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 9,10 |
| 3676 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991405960 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 19,98 | 27,71 | 27,71 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 8,31 |
| 3677 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991405991 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 59,94 | 75,67 | 75,67 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 22,70 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3678 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991405922 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 9,99 | 14,81 | 14,81 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 4,44 |
| 3679 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991405953 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 29,97 | 40,20 | 40,20 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 12,06 |
| 3680 | Solifenacini succinas | Silamil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991339135 | 2020-01-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 26,87 | 34,94 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,48 |
| 3681 | Solifenacini succinas | Silamil, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991422394 | 2021-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 10,69 | 15,54 | 15,54 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 4,66 |
| 3682 | Solifenacini succinas | Solifenacin Stada, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991340896 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 30,24 | 38,48 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 14,02 |
| 3683 | Solifenacini succinas | Solifenacin Stada, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991340872 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 15,12 | 20,20 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 7,97 |
| 3684 | Solifenacini succinas | Solifurin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991351304 | 2019-11-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 27,00 | 35,08 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,62 |
| 3685 | Solifenacini succinas | Solifurin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991351298 | 2019-11-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 13,50 | 18,50 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 6,27 |
| 3686 | Solifenacini succinas | Solinco, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05901720140388 | 2020-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 26,46 | 34,51 | 34,51 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,35 |
| 3687 | Solifenacini succinas | Solinco, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05901720140340 | 2020-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 13,23 | 18,21 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 5,98 |
| 3688 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991371777 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 25,92 | 33,95 | 33,95 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,19 |
| 3689 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991371753 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 12,96 | 17,93 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 5,70 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3690 | Solifenacini succinas | Uronorm, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991312640 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 32,40 | 40,75 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 16,29 |
| 3691 | Solifenacini succinas | Uronorm, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991312633 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 16,20 | 21,33 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 9,10 |
| 3692 | Solifenacini succinas | Vesisol, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991140069 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 29,03 | 37,21 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 12,75 |
| 3693 | Solifenacini succinas | Vesisol, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991139995 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 14,52 | 19,57 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 7,34 |
| 3694 | Solifenacini succinas | Vesoligo, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05906720536148 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 32,40 | 40,75 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 16,29 |
| 3695 | Solifenacini succinas | Vesoligo, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05906720536117 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 16,20 | 21,33 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 9,10 |
| 3696 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991382308 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 30,24 | 38,48 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 14,02 |
| 3697 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991382278 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 15,12 | 20,20 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 7,97 |
| 3698 | Sotaloli hydrochloridum | Sotalol Aurovitas, tabl., 40 mg | 60 szt. | 05909991357160 | 2019-09-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 7,24 | 9,51 | 6,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,82 |
| 3699 | Sotalolum | Biosotal 40, tabl., 40 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990365715 | 2019-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 7,56 | 9,85 | 6,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,16 |
| 3700 | Sotalolum | Biosotal 80, tabl., 80 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990365616 | 2019-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 7,24 | 9,51 | 6,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,82 |
| 3701 | Sotalolum | SotaHEXAL 160, tabl., 160 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990309115 | 2019-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 10,80 | 13,75 | 8,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3702 | Sotalolum | SotaHEXAL 40, tabl., 40 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909991014711 | 2019-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 2,43 | 3,19 | 2,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,63 |
| 3703 | Sotalolum | SotaHEXAL 80, tabl., 80 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990309016 | 2019-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 6,05 | 7,62 | 4,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,50 |
| 3704 | Spiramycinum | Rovamycine, tabl. powl., 1.5 mln j.m. | 16 szt. (2 blist.po 8 szt.) | 05909990098613 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,09 | 19,61 | 14,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,36 |
| 3705 | Spiramycinum | Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m. | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990692118 | 2019-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,47 | 23,73 | 18,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,67 |
| 3706 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990965977 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 16,31 | 21,77 | 21,13 | 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% | 6,98 |
| 3707 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990965861 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 15,12 | 20,00 | 17,61 | 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% | 7,67 |
| 3708 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990965854 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 7,02 | 8,94 | 5,28 | 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% | 5,24 |
| 3709 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 100 szt. | 05909990965885 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 27,43 | 35,23 | 35,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 10,58 |
| 3710 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990965878 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 9,18 | 12,50 | 10,57 | 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% | 5,10 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3711 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990110223 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 18,63 | 23,68 | 17,61 | 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% | 11,35 |
| 3712 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990110216 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 5,24 | 6,55 | 3,52 | 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% | 4,09 |
| 3713 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991244651 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 8,10 | 11,37 | 10,57 | 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% | 3,97 |
| 3714 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909991244668 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 16,20 | 21,65 | 21,13 | 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% | 6,86 |
| 3715 | Spironolactonum | Spironol 100, tabl. powl., 100 mg | 20 szt. | 05909990673124 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 9,99 | 14,09 | 14,09 | 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% | 4,23 |
| 3716 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 100 mg | 30 szt. | 05909990488513 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 15,66 | 21,08 | 21,08 | 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% | 6,32 |
| 3717 | Spironolactonum | Verospiron, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990117215 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 5,24 | 6,55 | 3,52 | 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% | 4,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3718 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 50 mg | 30 szt. | 05909990488414 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 8,95 | 12,26 | 10,57 | 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% | 4,86 |
| 3719 | Stiripentolum | Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg | 60 sasz. | 05909990017294 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 675,00 | 738,97 | 731,86 | 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 | 10,31 |
| 3720 | Stiripentolum | Diacomit, kaps. twarde, 250 mg | 60 szt. | 05909990017232 | 2021-01-01 | 3 lata | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 675,00 | 738,97 | 731,86 | 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 | 10,31 |
| 3721 | Stiripentolum | Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg | 60 sasz. | 05909990017331 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 1350,00 | 1463,72 | 1463,72 | 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 |
| 3722 | Stiripentolum | Diacomit, kaps. twarde, 500 mg | 60 szt. | 05909990017263 | 2021-01-01 | 3 lata | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 1350,00 | 1463,72 | 1463,72 | 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 |
| 3723 | Sucralfatum | Ulgastran, zawiesina doustna, 1 g/5 ml | 250 ml (1 but.po 250 ml) | 05909990164615 | 2019-01-01 | 3 lata | 3.2, Leki działające ochronnie na śluzówkę żołądka - sukralfat - płynne postacie farmaceutyczne | 16,96 | 22,87 | 22,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,44 |
| 3724 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990312610 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne | 8,81 | 12,51 | 12,51 | 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% | 6,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3725 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990117819 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne | 8,92 | 12,64 | 12,51 | 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% | 6,39 |
| 3726 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 120, tabl., 100+20 mg | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 05909990117529 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe | 8,52 | 10,76 | 5,79 | 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% | 7,87 |
| 3727 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 480, tabl., 400+80 mg | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 05909990117611 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe | 17,06 | 23,02 | 23,02 | 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% | 11,51 |
| 3728 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 960, tabl., 800+160 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990117710 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe | 17,17 | 23,14 | 23,14 | 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% | 11,57 |
| 3729 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. (1 poj.po 100 szt.) | 05909990864423 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 45,20 | 56,94 | 56,94 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 3730 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. (1 poj.po 100 szt.) | 05909990864423 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 45,20 | 56,94 | 56,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,08 |
| 3731 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. (1 poj.po 50 szt.) | 05909990864416 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 23,22 | 30,61 | 29,05 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,76 |
| 3732 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. (1 poj.po 50 szt.) | 05909990864416 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 23,22 | 30,61 | 29,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,28 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3733 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990283323 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 48,17 | 60,06 | 58,10 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,16 |
| 3734 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990283323 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 48,17 | 60,06 | 58,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,39 |
| 3735 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990283316 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 24,14 | 31,58 | 29,05 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,73 |
| 3736 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990283316 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 24,14 | 31,58 | 29,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,25 |
| 3737 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990283217 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 22,68 | 30,04 | 29,05 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,19 |
| 3738 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990283217 | 2019-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 22,68 | 30,04 | 29,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,71 |
| 3739 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg | 24 szt. | 05909991380410 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,37 | 5,64 | 3,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,04 |
| 3740 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991380465 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,22 | 8,99 | 8,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3741 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg | 24 szt. | 05909991380373 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,35 | 4,04 | 1,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,24 |
| 3742 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg | 24 szt. (2 blist.po 12 szt.) | 05909990159314 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,48 | 5,75 | 3,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,15 |
| 3743 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg | 12 szt. (1 blist.po 12 szt.) | 05909990159413 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,89 | 5,13 | 3,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 1,53 |
| 3744 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990159437 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,31 | 11,19 | 8,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,20 |
| 3745 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg | 24 szt. (2 blist.po 12 szt.) | 05909990159512 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,46 | 4,15 | 1,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,35 |
| 3746 | Sultamicillinum | Unasyn, tabl. powl., 375 mg | 12 szt. | 05909990065110 | 2019-01-01 | 3 lata | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 25,97 | 29,34 | 6,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,02 |
| 3747 | Szczepionka przeciw grypie (żywa atenuowana, do nosa) | Fluenz Tetra, aerozol do nosa, zawiesina, 1 dawka | 1 aplikator 0,2 ml | 05000456061346 | 2020-09-01 | 2 lata | 247.1, Szczepionki przeciw grypie - postać donosowa | 79,12 | 95,73 | 95,73 | Zapobieganie grypie u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia | | 50% | 47,87 |
| 3748 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.5 mg | 30 szt. | 05909990051052 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 44,88 | 56,61 | 56,61 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3749 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990051076 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 95,03 | 113,27 | 113,27 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3750 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 30 szt. | 05909990699957 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 310,72 | 346,24 | 339,81 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 9,63 |
| 3751 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990051137 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 527,86 | 579,22 | 566,35 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 16,07 |
| 3752 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0.5 mg | 30 szt. | 07613421037024 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 37,26 | 48,61 | 48,61 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3753 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg | 30 szt. | 07613421037000 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 74,52 | 91,74 | 91,74 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3754 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg | 30 szt. | 07613421037048 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 149,04 | 173,98 | 173,98 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3755 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg | 30 szt. | 07613421037031 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 223,56 | 254,72 | 254,72 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3756 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg | 30 szt. | 07613421037017 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 372,60 | 416,20 | 416,20 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3757 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.75 mg | 30 szt. | 05909991192709 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 102,39 | 121,36 | 121,36 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3758 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg | 30 szt. | 05909991192730 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 139,22 | 161,81 | 161,81 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3759 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg | 90 szt. | 05909991192754 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 440,29 | 485,49 | 485,44 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,25 |
| 3760 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909991192761 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 591,02 | 647,32 | 647,26 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,72 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3761 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991148713 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 44,88 | 56,61 | 56,61 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3762 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990447213 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 95,03 | 113,27 | 113,27 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3763 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990447312 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 527,86 | 579,22 | 566,35 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 16,07 |
| 3764 | Tafluprostum | Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991372927 | 2021-03-01 | 2 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 53,68 | 63,48 | 34,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 39,03 |
| 3765 | Tafluprostum + Timololum | Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml | 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml | 05909991220327 | 2021-03-01 | 2 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 71,17 | 82,17 | 37,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 55,97 |
| 3766 | Tamoxifenum | Nolvadex D, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990127412 | 2019-01-01 | 3 lata | 130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen | 14,58 | 18,87 | 13,88 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,99 |
| 3767 | Tamoxifenum | Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990331017 | 2019-01-01 | 3 lata | 130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen | 9,83 | 13,88 | 13,88 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3768 | Tamoxifenum | Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990775316 | 2019-01-01 | 3 lata | 130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen | 9,88 | 13,93 | 13,88 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,05 |
| 3769 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990622726 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,99 | 23,22 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,94 |
| 3770 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05906414001501 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,99 | 65,43 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,59 |
| 3771 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990894598 | 2019-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,98 | 23,21 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,93 |
| 3772 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg | 90 szt. | 05909990894642 | 2021-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 52,92 | 64,31 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,47 |
| 3773 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05909991136321 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 38,88 | 49,56 | 49,56 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 3774 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909991332709 | 2020-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,91 | 15,79 | 15,79 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3775 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990570386 | 2019-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,33 | 19,39 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,11 |
| 3776 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 60 szt. | 05907626708400 | 2019-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 28,65 | 36,82 | 36,82 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3777 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05907626708417 | 2019-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 42,98 | 53,87 | 53,87 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 3778 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990847808 | 2019-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,09 | 23,32 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,04 |
| 3779 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05907587609235 | 2020-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,97 | 65,41 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,57 |
| 3780 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg | 60 szt. | 05909991191214 | 2020-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 35,97 | 44,51 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 13,95 |
| 3781 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg | 90 szt. | 05909991199081 | 2020-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,97 | 65,41 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,57 |
| 3782 | Tamsulosini hydrochloridum | Urostad, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909997216393 | 2019-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,77 | 16,69 | 16,69 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3783 | Tamsulosinum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990045006 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,01 | 24,29 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,01 |
| 3784 | Tamsulosinum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05909990900794 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 57,02 | 68,62 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 22,78 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3785 | Tamsulosinum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573585 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,99 | 23,22 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,94 |
| 3786 | Tamsulosinum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990573592 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 55,47 | 66,98 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 21,14 |
| 3787 | Tamsulosinum | Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990716418 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,12 | 24,41 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,13 |
| 3788 | Tamsulosinum | Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990219070 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,44 | 24,74 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,46 |
| 3789 | Tamsulosinum | Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990586196 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,09 | 23,32 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,04 |
| 3790 | Tamsulosinum | Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573257 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,90 | 24,18 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,90 |
| 3791 | Tamsulosinum | Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990048007 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,06 | 24,34 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,06 |
| 3792 | Tamsulosinum | Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 90 szt. | 05909991092184 | 2017-03-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,99 | 65,43 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3793 | Tamsulosinum | Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990044382 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,87 | 23,09 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,81 |
| 3794 | Tamsulosinum | TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990980451 | 2018-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,07 | 24,35 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,07 |
| 3795 | Tamsulosinum | Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909997225937 | 2018-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,29 | 16,18 | 16,18 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3796 | Tamsulosinum | Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990565948 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,90 | 24,18 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,90 |
| 3797 | Tamsulosinum | Tamsudil, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg | 90 szt. (9 blist.po 10) | 05909990565962 | 2019-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 56,65 | 68,22 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 22,38 |
| 3798 | Tamsulosinum | Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990570690 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,31 | 17,26 | 17,26 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3799 | Tamsulosinum | Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990430895 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,58 | 23,83 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,55 |
| 3800 | Tamsulosinum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566068 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,25 | 23,49 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3801 | Tamsulosinum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990566075 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,50 | 45,07 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 14,51 |
| 3802 | Tamsulosinum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909991191221 | 2019-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,21 | 23,45 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,17 |
| 3803 | Tamsulosinum | Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909997226293 | 2019-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,80 | 15,67 | 15,67 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3804 | Tamsulosinum | Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566280 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,15 | 21,29 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,01 |
| 3805 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 60 szt. | 05909990865598 | 2020-09-01 | 10 miesięcy | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 254,53 | 285,83 | 253,92 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 31,91 |
| 3806 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990865635 | 2020-09-01 | 10 miesięcy | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 381,80 | 422,50 | 380,89 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 41,61 |
| 3807 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990865666 | 2020-09-01 | 10 miesięcy | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 488,70 | 537,78 | 507,85 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 29,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3808 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg | 60 szt. | 05909990865697 | 2020-09-01 | 10 miesięcy | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 578,22 | 634,81 | 634,81 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3809 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909990865567 | 2020-09-01 | 10 miesięcy | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 126,98 | 147,90 | 126,96 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 20,94 |
| 3810 | Telmisartan | Telmix, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990974887 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,17 | 25,43 | 18,02 | 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% | 12,82 |
| 3811 | Telmisartan | Telmix, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990974993 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 40,35 | 49,00 | 36,04 | 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% | 23,77 |
| 3812 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990891832 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,21 | 13,29 | 9,01 | 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% | 6,98 |
| 3813 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990891863 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,07 |
| 3814 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990440726 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,43 | 24,02 | 9,01 | 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% | 17,71 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3815 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 80 mg | 14 szt. | 05909990440818 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,83 | 21,29 | 9,01 | 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% | 14,98 |
| 3816 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990440825 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,11 | 32,72 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 20,11 |
| 3817 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990936670 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,21 | 16,44 | 9,01 | 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% | 10,13 |
| 3818 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990936700 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,42 | 32,00 | 18,02 | 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% | 19,39 |
| 3819 | Telmisartanum | Pritor, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990463428 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,47 | 18,81 | 9,01 | 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% | 12,50 |
| 3820 | Telmisartanum | Pritor, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990463527 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,74 | 24,98 | 18,02 | 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% | 12,37 |
| 3821 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991060220 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,91 | 11,93 | 9,01 | 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% | 5,62 |
| 3822 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991060268 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,82 | 22,96 | 18,02 | 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% | 10,35 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3823 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991391713 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,10 | 11,08 | 9,01 | 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% | 4,77 |
| 3824 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991391720 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,42 | 21,49 | 18,02 | 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% | 8,88 |
| 3825 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991036768 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 13,18 | 9,01 | 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% | 6,87 |
| 3826 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991229801 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,01 | 22,11 | 18,02 | 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% | 9,50 |
| 3827 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991036867 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | 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% | 12,85 |
| 3828 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991388003 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,15 | 12,18 | 9,01 | 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% | 5,87 |
| 3829 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991388034 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,30 | 23,47 | 18,02 | 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% | 10,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3830 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991018429 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,64 | 11,64 | 9,01 | 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% | 5,33 |
| 3831 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg | 28 tabl. | 05909991018436 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,17 | 22,28 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,67 |
| 3832 | Telmisartanum | Telmisartan Orion, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991367329 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,37 | 11,36 | 9,01 | 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% | 5,05 |
| 3833 | Telmisartanum | Telmisartan Orion, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991367374 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,74 | 21,83 | 18,02 | 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% | 9,22 |
| 3834 | Telmisartanum | Telmisartanum 123ratio / Telmisartanum Teva B.V., tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990821839 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,45 | 12,50 | 9,01 | 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% | 6,19 |
| 3835 | Telmisartanum | Telmisartanum 123ratio / Telmisartanum Teva B.V., tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990821792 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 23,53 | 18,02 | 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% | 10,92 |
| 3836 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990974863 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,31 | 15,50 | 9,01 | 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% | 9,19 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3837 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990974979 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,62 | 30,11 | 18,02 | 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% | 17,50 |
| 3838 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990902002 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,94 | 16,16 | 9,01 | 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% | 9,85 |
| 3839 | Telmisartanum | Telmizek, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991361969 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,42 | 21,49 | 18,02 | 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% | 8,88 |
| 3840 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990902095 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,88 | 31,42 | 18,02 | 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% | 18,81 |
| 3841 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991423551 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,99 | 10,96 | 9,01 | 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 |
| 3842 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 tabl. | 05909990818082 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 13,18 | 9,01 | 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% | 6,87 |
| 3843 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991423568 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,98 | 21,03 | 18,02 | 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% | 8,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3844 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991086626 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,71 | 24,95 | 18,02 | 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% | 12,34 |
| 3845 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991423575 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,98 | 21,03 | 18,02 | 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% | 8,42 |
| 3846 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 tabl. | 05909990818150 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | 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% | 12,85 |
| 3847 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991423582 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,89 | 39,06 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,83 |
| 3848 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991086633 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,42 | 48,02 | 36,04 | 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% | 22,79 |
| 3849 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 56 tabl. | 05909997077628 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,22 | 30,73 | 18,02 | 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% | 18,12 |
| 3850 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 84 szt. | 05909997077635 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,29 | 37,40 | 27,03 | 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% | 18,48 |
| 3851 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 tabl. | 05909997077697 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 50,44 | 59,59 | 36,04 | 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% | 34,36 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3852 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05909997077703 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 60,59 | 72,25 | 54,06 | 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% | 34,41 |
| 3853 | Telmisartanum | Tolura 40 mg tabletki, tabl. powl., 40 mg | 28 tabl. | 05909997077604 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,02 | 14,14 | 9,01 | 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% | 7,83 |
| 3854 | Telmisartanum | Tolura 80 mg tabletki, tabl. powl., 80 mg | 28 tabl. | 05909997077673 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,04 | 27,39 | 18,02 | 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% | 14,78 |
| 3855 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990840472 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 13,18 | 9,01 | 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% | 6,87 |
| 3856 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990840489 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,11 | 20,12 | 18,02 | 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% | 7,51 |
| 3857 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990840557 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | 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% | 12,85 |
| 3858 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990840564 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,22 | 38,36 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,13 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3859 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990941841 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,48 | 11,47 | 9,01 | 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% | 5,16 |
| 3860 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990941926 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,96 | 22,06 | 18,02 | 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% | 9,45 |
| 3861 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05909991338626 | 2021-03-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,08 | 13,15 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,84 |
| 3862 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05909991338541 | 2021-03-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,08 | 13,15 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,84 |
| 3863 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05909991338787 | 2021-03-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,15 | 25,41 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,80 |
| 3864 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05909991338701 | 2021-03-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,15 | 25,41 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,80 |
| 3865 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991056247 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,73 | 30,22 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,61 |
| 3866 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991056773 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,73 | 30,22 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,61 |
| 3867 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991080051 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,84 | 30,33 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,72 |
| 3868 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991080174 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,84 | 30,33 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,72 |
| 3869 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991020026 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,05 | 38,95 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3870 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+25 mg | 14 szt. | 05909990653010 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,90 | 24,52 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,21 |
| 3871 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909990653027 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,90 | 39,85 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 27,24 |
| 3872 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991079451 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,40 | 15,59 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,28 |
| 3873 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991079598 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,80 | 30,29 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,68 |
| 3874 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991079703 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,80 | 30,29 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,68 |
| 3875 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991068325 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,61 | 28,41 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,10 |
| 3876 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991068424 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,62 | 35,35 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,74 |
| 3877 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909990644834 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,62 | 35,35 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,74 |
| 3878 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388157 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,50 | 12,55 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,24 |
| 3879 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388188 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,01 | 24,21 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,60 |
| 3880 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991388218 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,01 | 24,21 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,60 |
| 3881 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073732 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,10 | 15,28 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3882 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991410667 | 2021-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,23 | 22,34 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,73 |
| 3883 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991421816 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,82 | 22,96 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,35 |
| 3884 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073848 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,73 | 30,22 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,61 |
| 3885 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991073909 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,73 | 30,22 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,61 |
| 3886 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417932 | 2021-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,89 | 11,90 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,59 |
| 3887 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417963 | 2021-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,78 | 22,92 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,31 |
| 3888 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991418007 | 2021-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,78 | 22,92 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,31 |
| 3889 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991082338 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,50 | 16,75 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,44 |
| 3890 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991082529 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,00 | 32,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,99 |
| 3891 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991082598 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,00 | 32,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,99 |
| 3892 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991095994 | 2019-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,60 | 14,75 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,44 |
| 3893 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991096007 | 2019-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,20 | 28,61 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3894 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991096038 | 2019-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,20 | 28,61 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,00 |
| 3895 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991096045 | 2019-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 46,40 | 55,35 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,12 |
| 3896 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991096069 | 2019-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,20 | 28,61 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,00 |
| 3897 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991096076 | 2019-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 46,40 | 55,35 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,12 |
| 3898 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991045180 | 2018-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,50 | 16,75 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,44 |
| 3899 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991045203 | 2018-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,00 | 32,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,99 |
| 3900 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 84 szt. | 05909991045265 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 40,50 | 48,13 | 27,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,21 |
| 3901 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991045692 | 2018-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,00 | 32,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,99 |
| 3902 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991045722 | 2018-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 54,00 | 63,33 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 38,10 |
| 3903 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 84 szt. | 05909991045746 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 81,00 | 93,68 | 54,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 55,84 |
| 3904 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991045807 | 2018-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,00 | 32,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,99 |
| 3905 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991045852 | 2018-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 54,00 | 63,33 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 38,10 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3906 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 84 szt. | 05909991045876 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 81,00 | 93,68 | 54,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 55,84 |
| 3907 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991081874 | 2021-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,61 | 11,61 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,30 |
| 3908 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991081898 | 2021-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,22 | 22,33 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,72 |
| 3909 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991081942 | 2021-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,22 | 22,33 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,72 |
| 3910 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991081966 | 2021-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,44 | 42,79 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,56 |
| 3911 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg | 28 szt. | 05909991082062 | 2021-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,22 | 22,33 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,72 |
| 3912 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg | 56 szt. | 05909991082086 | 2021-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,44 | 42,79 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,56 |
| 3913 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226381 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,23 | 15,41 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,10 |
| 3914 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330040 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,80 | 22,94 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,33 |
| 3915 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226398 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,45 | 29,92 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,31 |
| 3916 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330057 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,60 | 44,01 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,78 |
| 3917 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991226404 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,45 | 29,92 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3918 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991330064 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,60 | 44,01 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,78 |
| 3919 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990768011 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 54,00 | 63,16 | 34,50 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 34,63 |
| 3920 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990768011 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 54,00 | 63,16 | 34,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 39,01 |
| 3921 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767816 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,61 | 16,37 | 6,90 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,67 |
| 3922 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767816 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,61 | 16,37 | 6,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,54 |
| 3923 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 27,00 | 32,49 | 17,25 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,44 |
| 3924 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 27,00 | 32,49 | 17,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,42 |
| 3925 | Terazosinum | Kornam, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484119 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,82 | 20,91 | 7,39 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 16,72 |
| 3926 | Terazosinum | Kornam, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484119 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,82 | 20,91 | 7,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3927 | Terazosinum | Kornam, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484317 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 31,81 | 37,73 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 22,45 |
| 3928 | Terazosinum | Kornam, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484317 | 2019-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 31,81 | 37,73 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,79 |
| 3929 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990621057 | 2019-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 19,87 | 26,32 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,29 |
| 3930 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990621064 | 2019-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 39,74 | 50,18 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,11 |
| 3931 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990419043 | 2021-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 16,74 | 23,05 | 23,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,53 |
| 3932 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990419036 | 2019-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 18,90 | 25,32 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,29 |
| 3933 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990419050 | 2019-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 37,80 | 48,14 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,07 |
| 3934 | Terbinafinum | Terbinafine Aurobindo, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990955268 | 2019-07-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 29,05 | 38,95 | 38,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 19,48 |
| 3935 | Terbinafinum | Terbisil, tabl., 250 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990950515 | 2019-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 16,20 | 22,48 | 22,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,24 |
| 3936 | Terbinafinum | Zelefion, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990645503 | 2019-11-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 38,88 | 49,27 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,20 |
| 3937 | tert-Butylamini Perindoprilum | Prenessa, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990662494 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,06 | 25,08 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 20,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3938 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990653614 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,94 | 7,89 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,78 |
| 3939 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 8 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990653621 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,88 | 15,44 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,22 |
| 3940 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 30 szt. | 05909990908165 | 2019-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,42 | 14,69 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,58 |
| 3941 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 30 szt. | 05909990908134 | 2019-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,42 | 14,69 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,58 |
| 3942 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 30 szt. | 05909990908240 | 2019-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,30 | 28,49 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,27 |
| 3943 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 30 szt. | 05909990908196 | 2019-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,30 | 28,49 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,27 |
| 3944 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 30 szt. | 05906414001860 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,94 | 12,09 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,98 |
| 3945 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 60 szt. | 05906414001877 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,87 | 23,82 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,60 |
| 3946 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 30 szt. | 05906414001839 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,94 | 12,09 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,98 |
| 3947 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 60 szt. | 05906414001846 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,87 | 23,82 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3948 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 30 szt. | 05906414001921 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,87 | 23,82 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,60 |
| 3949 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 60 szt. | 05906414001938 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,74 | 46,52 | 21,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 38,09 |
| 3950 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 30 szt. | 05906414001891 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,87 | 23,82 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,60 |
| 3951 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 60 szt. | 05906414001907 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,74 | 46,52 | 21,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 38,09 |
| 3952 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990746569 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,04 | 16,39 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,28 |
| 3953 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990641086 | 2019-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,04 | 16,39 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,28 |
| 3954 | Tetrabenazinum | Tetmodis, tabl., 25 mg | 112 szt. | 05909990805594 | 2020-01-01 | 3 lata | 238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna | 432,00 | 477,44 | 477,44 | Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona | | ryczałt | 3,20 |
| 3955 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990450114 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 6,22 | 7,95 | 4,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,35 |
| 3956 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990450213 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 8,10 | 10,60 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3957 | Theophyllinum | Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990803910 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 6,29 | 8,37 | 6,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,57 |
| 3958 | Theophyllinum | Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990261215 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 8,42 | 12,00 | 12,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,00 |
| 3959 | Thiethylperazinum | Torecan, tabl. powl., 6.5 mg | 50 szt. | 05909990242511 | 2019-01-01 | 3 lata | 206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego | 18,36 | 24,64 | 24,64 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 3960 | Thiethylperazinum | Torecan, tabl. powl., 6.5 mg | 50 szt. | 05909990242511 | 2019-01-01 | 3 lata | 206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego | 18,36 | 24,64 | 24,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,39 |
| 3961 | Thiethylperazinum | Torecan, czopki, 6.5 mg | 6 szt. | 05909990242610 | 2019-01-01 | 3 lata | 206.1, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doodbytniczego | 9,13 | 12,97 | 12,97 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 3962 | Thiethylperazinum | Torecan, czopki, 6.5 mg | 6 szt. | 05909990242610 | 2019-01-01 | 3 lata | 206.1, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doodbytniczego | 9,13 | 12,97 | 12,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,89 |
| 3963 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 10 mg | 50 szt. | 05909990058839 | 2019-01-01 | 3 lata | 162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne | 162,00 | 186,85 | 186,85 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 3964 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. | 05909990058846 | 2019-01-01 | 3 lata | 162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne | 246,24 | 277,43 | 277,43 | Padaczka oporna na leczenie | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3965 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 5 mg | 50 szt. | 05909990058822 | 2019-01-01 | 3 lata | 162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne | 77,76 | 94,40 | 93,42 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 4,18 |
| 3966 | Tianeptinum | Atinepte, tabl. powl., 12.5 mg | 30 szt. | 05909990997152 | 2021-03-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,15 | 19,85 | 10,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 12,80 |
| 3967 | Tianeptinum | Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg | 30 szt. | 05909991267131 | 2019-07-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,83 | 15,31 | 10,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,26 |
| 3968 | Tianeptinum | Coaxil, tabl. powl., 12.5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990370214 | 2019-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,74 | 20,47 | 10,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 13,42 |
| 3969 | Tianeptinum | Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg | 90 szt. | 05909991201821 | 2018-09-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 40,50 | 48,62 | 30,21 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 27,47 |
| 3970 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg | 30 szt. | 05909991265984 | 2020-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,31 | 13,72 | 10,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,67 |
| 3971 | Tianeptinum natricum | Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg | 30 szt. | 05909990875245 | 2019-11-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,16 | 19,86 | 10,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 12,81 |
| 3972 | Ticlopidinum | Aclotin, tabl. powl., 0.25 g | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 05909990667116 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna | 9,13 | 12,93 | 11,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,74 |
| 3973 | Ticlopidinum | Aclotin, tabl. powl., 0.25 g | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 05909990334971 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna | 27,00 | 35,10 | 35,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,53 |
| 3974 | Ticlopidinum | Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. (1 but.po 30 szt.) | 05909990938315 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna | 12,91 | 17,90 | 17,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,62 |
| 3975 | Ticlopidinum | Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 05909990646616 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna | 25,81 | 33,85 | 33,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,16 |
| 3976 | Ticlopidinum | Ifapidin, tabl. powl., 250 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990694853 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna | 8,75 | 12,53 | 11,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,34 |
| 3977 | Ticlopidinum | Ifapidin, tabl. powl., 250 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990694846 | 2019-01-01 | 3 lata | 23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna | 27,32 | 35,43 | 35,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,86 |
| 3978 | Timololum | Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990187713 | 2019-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 4,87 | 6,49 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 3,11 |
| 3979 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2.5 mg/ml | 5 ml | 05909990073610 | 2019-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 3,28 | 4,83 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 1,45 |
| 3980 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml | 05909990073719 | 2019-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 3,28 | 4,83 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 1,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3981 | Tioguaninum | Lanvis, tabl., 40 mg | 25 szt. | 05909990185214 | 2019-11-01 | 3 lata | 234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina | 418,58 | 463,00 | 463,00 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3982 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 | 2017-03-01 | 5 lat | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3983 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 | 2017-03-01 | 5 lat | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,77 |
| 3984 | Tiotropii bromidum | Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2.5 µg/dawkę odmierzoną | 1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat | 05909990735839 | 2019-01-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 103,14 | 121,28 | 102,56 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące | | 30% | 49,49 |
| 3985 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler) | 05909990985128 | 2019-01-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 103,14 | 121,28 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 21,92 |
| 3986 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler) | 05909990985128 | 2019-01-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 103,14 | 121,28 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 49,49 |
| 3987 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990985111 | 2019-01-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 103,14 | 121,28 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 21,92 |
| 3988 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990985111 | 2019-01-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 103,14 | 121,28 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 49,49 |
| 3989 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 05909991253998 | 2017-07-01 | 5 lat | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3990 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 05909991253998 | 2017-07-01 | 5 lat | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3991 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 | 2017-07-01 | 5 lat | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3992 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 | 2017-07-01 | 5 lat | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,77 |
| 3993 | Tizanidinum | Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990671410 | 2019-01-01 | 3 lata | 144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna | 43,79 | 53,67 | 43,53 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 23,20 |
| 3994 | Tizanidinum | Tizanor, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990784486 | 2019-05-01 | 3 lata | 144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna | 21,96 | 29,02 | 29,02 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 8,71 |
| 3995 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 60 szt. | 05909991008642 | 2021-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 19,81 | 25,12 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,89 |
| 3996 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991008666 | 2021-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 19,81 | 25,12 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,89 |
| 3997 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 60 szt. | 05909991008680 | 2021-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 39,61 | 48,32 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 23,86 |
| 3998 | Tolterodinum | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991055271 | 2019-07-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 18,49 | 23,54 | 16,31 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,12 |
| 3999 | Tolterodinum | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 90 szt. | 05909991139520 | 2018-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 61,29 | 73,08 | 52,41 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 36,39 |
| 4000 | Tolterodinum | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 28 szt. | 05909991035235 | 2019-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 12,84 | 15,95 | 8,15 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 10,25 |
| 4001 | Tolterodinum | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991035549 | 2019-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 26,89 | 32,36 | 16,31 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 20,94 |
| 4002 | Tolterodinum | Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 28 szt. | 05909991023485 | 2019-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 12,96 | 16,08 | 8,15 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 10,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4003 | Tolterodinum | Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991023522 | 2019-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 26,89 | 32,36 | 16,31 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 20,94 |
| 4004 | Tolterodinum | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991249038 | 2019-05-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 24,30 | 29,84 | 17,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 17,61 |
| 4005 | Tolterodinum | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 60 szt. | 05909991249045 | 2019-05-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 49,14 | 58,33 | 34,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 33,87 |
| 4006 | Tolterodinum | Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990648641 | 2019-01-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 14,53 | 17,73 | 8,15 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,03 |
| 4007 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649594 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 28,94 | 37,19 | 33,75 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,64 |
| 4008 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 200 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649617 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 57,89 | 71,01 | 67,50 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,71 |
| 4009 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649556 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 7,24 | 10,25 | 8,44 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,01 |
| 4010 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649570 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 14,47 | 19,54 | 16,88 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,86 |
| 4011 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990061495 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 30,24 | 38,55 | 33,75 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4012 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 200 mg | 28 szt. | 05909990061464 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 59,68 | 72,89 | 67,50 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,59 |
| 4013 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909990061488 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 7,46 | 10,48 | 8,44 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,24 |
| 4014 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990061471 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 14,91 | 20,02 | 16,88 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,34 |
| 4015 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 05909990715169 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 56,16 | 69,61 | 69,61 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 4016 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 25 mg | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 05909990715084 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 16,20 | 21,58 | 18,08 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,70 |
| 4017 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 05909990715145 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 30,24 | 38,85 | 36,16 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,89 |
| 4018 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 100 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990759019 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 29,38 | 37,64 | 33,75 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4019 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 200 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990759118 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 54,54 | 67,50 | 67,50 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 4020 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 25 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990758814 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 11,72 | 14,96 | 8,44 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,72 |
| 4021 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 50 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990758913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 15,12 | 20,24 | 16,88 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,56 |
| 4022 | Topiramatum | Topiramat Bluefish, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990780068 | 2019-05-01 | 3 lata | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 21,38 | 29,25 | 29,25 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 4023 | Topiramatum | Topiramat Bluefish, tabl. powl., 200 mg | 28 szt. | 05909990780136 | 2019-05-01 | 3 lata | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 42,88 | 55,26 | 55,26 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 4024 | Topiramatum | Topiramat Bluefish, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909990779925 | 2019-05-01 | 3 lata | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 5,35 | 8,27 | 8,27 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 4025 | Topiramatum | Topiramat Bluefish, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990779970 | 2019-05-01 | 3 lata | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 10,64 | 15,53 | 15,53 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 4026 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990671496 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 30,24 | 38,85 | 36,16 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,89 |
| 4027 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990671502 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 60,48 | 74,14 | 72,32 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4028 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990671472 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 7,56 | 10,74 | 9,04 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,90 |
| 4029 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990671489 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 15,12 | 20,45 | 18,08 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,57 |
| 4030 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969012 | 2019-11-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,52 | 9,37 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,86 |
| 4031 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969012 | 2019-11-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,52 | 9,37 | 7,87 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,50 |
| 4032 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909990969029 | 2019-11-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 62,59 | 76,68 | 75,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 23,76 |
| 4033 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909990969029 | 2019-11-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 62,59 | 76,68 | 75,60 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,08 |
| 4034 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, kaps., 50 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990968718 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,66 | 8,99 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,48 |
| 4035 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, kaps., 50 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990968718 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,66 | 8,99 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,54 |
| 4036 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram 100, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990968916 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 6,05 | 8,76 | 8,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,63 |
| 4037 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram 100, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990968916 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 6,05 | 8,76 | 8,76 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4038 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram 50, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990968817 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 4,17 | 5,65 | 4,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,58 |
| 4039 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram 50, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990968817 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 4,17 | 5,65 | 4,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,27 |
| 4040 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990967612 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,94 | 8,24 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,73 |
| 4041 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990967612 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,94 | 8,24 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,79 |
| 4042 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990967629 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,67 | 23,05 | 19,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,51 |
| 4043 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990967629 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,67 | 23,05 | 19,35 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,70 |
| 4044 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990967636 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,39 | 40,26 | 32,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,69 |
| 4045 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990967636 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,39 | 40,26 | 32,25 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 8,01 |
| 4046 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990967711 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,71 | 12,95 | 9,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,17 |
| 4047 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990967711 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,71 | 12,95 | 9,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4048 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990967728 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,06 | 35,34 | 29,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,02 |
| 4049 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990967728 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,06 | 35,34 | 29,03 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,31 |
| 4050 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990967735 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 50,27 | 60,91 | 48,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 27,04 |
| 4051 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990967735 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 50,27 | 60,91 | 48,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 12,53 |
| 4052 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990967810 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,36 | 16,48 | 12,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,45 |
| 4053 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990967810 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,36 | 16,48 | 12,90 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,58 |
| 4054 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990967827 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,99 | 43,75 | 38,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,66 |
| 4055 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990967827 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,99 | 43,75 | 38,70 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 5,05 |
| 4056 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990967834 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 59,93 | 72,43 | 64,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 27,28 |
| 4057 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990967834 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 59,93 | 72,43 | 64,50 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 7,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4058 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991362300 | 2020-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,99 | 7,24 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,73 |
| 4059 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991362300 | 2020-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,99 | 7,24 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,79 |
| 4060 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 03838989704100 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,55 | 20,83 | 19,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,29 |
| 4061 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 03838989704100 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,55 | 20,83 | 19,35 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,48 |
| 4062 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 03838989704117 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,47 | 32,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,90 |
| 4063 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 03838989704117 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,47 | 32,25 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,22 |
| 4064 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909991389017 | 2019-07-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,26 | 9,09 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,58 |
| 4065 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909991389017 | 2019-07-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,26 | 9,09 | 7,87 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,22 |
| 4066 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909991389000 | 2019-07-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 59,40 | 73,33 | 73,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,00 |
| 4067 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909991389000 | 2019-07-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 59,40 | 73,33 | 73,33 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4068 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 03838989704124 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,33 | 30,39 | 29,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,07 |
| 4069 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 03838989704124 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,33 | 30,39 | 29,03 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,36 |
| 4070 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 03838989704131 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,88 | 48,95 | 48,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,08 |
| 4071 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 03838989704131 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,88 | 48,95 | 48,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,57 |
| 4072 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 03838989704148 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,10 | 39,67 | 38,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,58 |
| 4073 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 03838989704148 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,10 | 39,67 | 38,70 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,97 |
| 4074 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 03838989704155 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 51,84 | 63,93 | 63,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,18 |
| 4075 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 03838989704155 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 51,84 | 63,93 | 63,93 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4076 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991376819 | 2019-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,18 | 7,44 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,93 |
| 4077 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991376819 | 2019-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,18 | 7,44 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,99 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4078 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, czopki, 100 mg | 5 szt. | 05909990253715 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doodbytniczego | 5,16 | 7,55 | 7,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,27 |
| 4079 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, czopki, 100 mg | 5 szt. | 05909990253715 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doodbytniczego | 5,16 | 7,55 | 7,55 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4080 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 10 ml | 05909990253913 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 7,41 | 10,30 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,79 |
| 4081 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 10 ml | 05909990253913 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 7,41 | 10,30 | 7,87 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,43 |
| 4082 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 96 ml | 05909990253920 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 61,56 | 75,60 | 75,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,68 |
| 4083 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 96 ml | 05909990253920 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 61,56 | 75,60 | 75,60 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4084 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990253616 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,62 | 7,90 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,39 |
| 4085 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990253616 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,62 | 7,90 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,45 |
| 4086 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 szt.po 1 ml | 05909990253814 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 4,17 | 5,65 | 4,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,58 |
| 4087 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 szt.po 1 ml | 05909990253814 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 4,17 | 5,65 | 4,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,27 |
| 4088 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 szt.po 2 ml | 05909990253821 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 6,05 | 8,76 | 8,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,63 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4089 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 szt.po 2 ml | 05909990253821 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 6,05 | 8,76 | 8,76 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4090 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990786213 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,62 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,11 |
| 4091 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990786213 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,62 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,17 |
| 4092 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990786220 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,20 | 21,51 | 19,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,97 |
| 4093 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990786220 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,20 | 21,51 | 19,35 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,16 |
| 4094 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990786237 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,00 | 34,60 | 32,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,03 |
| 4095 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990786237 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,00 | 34,60 | 32,25 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,35 |
| 4096 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990786312 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,26 | 11,42 | 9,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,64 |
| 4097 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990786312 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,26 | 11,42 | 9,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,74 |
| 4098 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990786329 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,44 | 30,49 | 29,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4099 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990786329 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,44 | 30,49 | 29,03 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,46 |
| 4100 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990786336 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,45 | 50,60 | 48,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,73 |
| 4101 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990786336 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,45 | 50,60 | 48,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,22 |
| 4102 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990786411 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,75 | 14,79 | 12,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,76 |
| 4103 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990786411 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,75 | 14,79 | 12,90 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,89 |
| 4104 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990786428 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,24 | 40,86 | 38,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,77 |
| 4105 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990786428 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,24 | 40,86 | 38,70 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,16 |
| 4106 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990786435 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 53,73 | 65,92 | 64,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,77 |
| 4107 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990786435 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 53,73 | 65,92 | 64,50 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,42 |
| 4108 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 10 szt. | 05909990780303 | 2019-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 2,78 | 3,92 | 3,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4109 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 10 szt. | 05909990780303 | 2019-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 2,78 | 3,92 | 3,23 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,69 |
| 4110 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990971794 | 2021-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,63 | 14,91 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,75 |
| 4111 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990971794 | 2021-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,63 | 14,91 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,40 |
| 4112 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 03830070471243 | 2021-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,94 | 21,62 | 21,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,49 |
| 4113 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 03830070471243 | 2021-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,94 | 21,62 | 21,62 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4114 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990806287 | 2021-05-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,36 | 7,82 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,74 |
| 4115 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990806287 | 2021-05-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,36 | 7,82 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,56 |
| 4116 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990806294 | 2021-05-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,72 | 15,01 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,85 |
| 4117 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990806294 | 2021-05-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,72 | 15,01 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,50 |
| 4118 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990964086 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,95 | 21,63 | 21,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4119 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990964086 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,95 | 21,63 | 21,63 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4120 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 100 szt. | 05909990959563 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,84 | 23,98 | 23,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,19 |
| 4121 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 100 szt. | 05909990959563 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,84 | 23,98 | 23,98 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4122 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990959457 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,81 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,73 |
| 4123 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990959457 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,81 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,55 |
| 4124 | Tramadolum | Adamon SR 100, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990936137 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,38 | 37,09 | 32,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,52 |
| 4125 | Tramadolum | Adamon SR 100, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990936137 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,38 | 37,09 | 32,25 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,84 |
| 4126 | Tramadolum | Adamon SR 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990936236 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 44,06 | 54,39 | 48,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,52 |
| 4127 | Tramadolum | Adamon SR 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990936236 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 44,06 | 54,39 | 48,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,01 |
| 4128 | Tramadolum | Adamon SR 200, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990936335 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 58,75 | 71,19 | 64,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4129 | Tramadolum | Adamon SR 200, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990936335 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 58,75 | 71,19 | 64,50 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,69 |
| 4130 | Tramadolum | Adamon SR 50, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990936038 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,69 | 19,42 | 16,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,13 |
| 4131 | Tramadolum | Adamon SR 50, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990936038 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,69 | 19,42 | 16,13 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,29 |
| 4132 | Tramadolum | Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml | 10 ml (1 but.po 10 ml) | 05909990294718 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 10,11 | 13,14 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,63 |
| 4133 | Tramadolum | Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml | 10 ml (1 but.po 10 ml) | 05909990294718 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 10,11 | 13,14 | 7,87 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 5,27 |
| 4134 | Tramadolum | Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990294619 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,78 | 10,16 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,65 |
| 4135 | Tramadolum | Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990294619 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,78 | 10,16 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,71 |
| 4136 | Tramadolum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909990780334 | 2019-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,10 | 11,26 | 9,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,48 |
| 4137 | Tramadolum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909990780334 | 2019-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,10 | 11,26 | 9,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,58 |
| 4138 | Tramadolum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 50 szt. | 05909990780341 | 2019-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,50 | 18,18 | 16,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4139 | Tramadolum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 50 szt. | 05909990780341 | 2019-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,50 | 18,18 | 16,13 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,05 |
| 4140 | Tramadolum | Tramundin, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990947416 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,60 | 22,98 | 19,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,44 |
| 4141 | Tramadolum | Tramundin, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990947416 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,60 | 22,98 | 19,35 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,63 |
| 4142 | Tramadolum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990735167 | 2018-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 15,09 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,93 |
| 4143 | Tramadolum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990735167 | 2018-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 15,09 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,58 |
| 4144 | Tramadolum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909991143923 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,09 | 21,77 | 21,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,53 |
| 4145 | Tramadolum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909991143923 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,09 | 21,77 | 21,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4146 | Tramadolum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909990936595 | 2018-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,60 | 28,56 | 28,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,57 |
| 4147 | Tramadolum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909990936595 | 2018-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,60 | 28,56 | 28,56 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4148 | Tramadolum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991143930 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,18 | 41,36 | 41,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4149 | Tramadolum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991143930 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,18 | 41,36 | 41,36 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4150 | Tramadolum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990971763 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,81 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,73 |
| 4151 | Tramadolum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990971763 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,81 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,55 |
| 4152 | Tramadolum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990806300 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,29 | 21,98 | 21,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,74 |
| 4153 | Tramadolum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990806300 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,29 | 21,98 | 21,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,21 |
| 4154 | Tramadolum + Paracetamolum | Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991195076 | 2019-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,58 | 14,86 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,70 |
| 4155 | Tramadolum + Paracetamolum | Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991195076 | 2019-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,58 | 14,86 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,35 |
| 4156 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 20 szt. | 05909990840984 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,59 | 5,27 | 4,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,88 |
| 4157 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 20 szt. | 05909990840984 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,59 | 5,27 | 4,84 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,43 |
| 4158 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990840991 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,45 | 7,91 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,83 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4159 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990840991 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,45 | 7,91 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,65 |
| 4160 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990841004 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,91 | 15,21 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,05 |
| 4161 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990841004 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,91 | 15,21 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,70 |
| 4162 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990981472 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,36 | 22,06 | 21,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,82 |
| 4163 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990981472 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,36 | 22,06 | 21,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,29 |
| 4164 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 20 szt. | 05909991283735 | 2018-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,14 | 10,25 | 9,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,47 |
| 4165 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 20 szt. | 05909991283735 | 2018-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,14 | 10,25 | 9,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,57 |
| 4166 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991283742 | 2018-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,71 | 15,00 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,84 |
| 4167 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991283742 | 2018-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,71 | 15,00 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,49 |
| 4168 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991283759 | 2018-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,44 | 28,39 | 28,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,52 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4169 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991283759 | 2018-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,44 | 28,39 | 28,39 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4170 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991283766 | 2018-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,15 | 41,33 | 41,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,40 |
| 4171 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991283766 | 2018-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,15 | 41,33 | 41,33 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4172 | Tramadolum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990964000 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,30 | 7,76 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,68 |
| 4173 | Tramadolum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990964000 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,30 | 7,76 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,50 |
| 4174 | Tramadolum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990964055 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,61 | 14,88 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,72 |
| 4175 | Tramadolum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990964055 | 2019-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,61 | 14,88 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,37 |
| 4176 | Tramadolum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990959488 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,71 | 15,00 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,84 |
| 4177 | Tramadolum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990959488 | 2018-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,71 | 15,00 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,49 |
| 4178 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05906414003161 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,43 | 35,42 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 7,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4179 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05906414003178 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 82,30 | 99,04 | 93,57 | Jaskra | | ryczałt | 13,47 |
| 4180 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05900411002554 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 109,73 | 129,22 | 124,76 | Jaskra | | ryczałt | 15,13 |
| 4181 | Travoprostum | Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990942619 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,04 | 49,71 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 21,72 |
| 4182 | Travoprostum | Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909991197629 | 2019-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,43 | 35,42 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 7,43 |
| 4183 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 poj.a 2,5 ml | 05909991321949 | 2018-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,06 | 38,18 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 10,19 |
| 4184 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 poj.a 2,5 ml | 05909991321956 | 2018-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 90,17 | 107,30 | 93,57 | Jaskra | | ryczałt | 21,73 |
| 4185 | Travoprostum + Timololum | DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990586172 | 2019-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 44,77 | 53,63 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 25,64 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4186 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991347802 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,97 | 38,09 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 10,10 |
| 4187 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909991347819 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 89,91 | 107,03 | 93,57 | Jaskra | | ryczałt | 21,46 |
| 4188 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05909991347826 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 119,88 | 139,86 | 124,76 | Jaskra | | ryczałt | 25,77 |
| 4189 | Travoprostum + Timololum | Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991350420 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,97 | 38,09 | 31,19 | Jaskra | | ryczałt | 10,10 |
| 4190 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 30 szt. | 05909991094799 | 2021-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 50,76 | 59,39 | 30,21 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 38,24 |
| 4191 | Trazodonum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990918720 | 2019-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,78 | 21,56 | 10,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 14,51 |
| 4192 | Trazodonum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990715497 | 2019-03-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 51,30 | 59,96 | 30,21 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 38,81 |
| 4193 | Trazodonum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990918621 | 2019-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 13,54 | 16,52 | 7,55 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 11,24 |
| 4194 | Triamcinolonum | Polcortolon, tabl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990915446 | 2018-11-01 | 3 lata | 82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon | 15,65 | 21,22 | 21,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,37 |
| 4195 | 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 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 559,44 | 612,67 | 563,14 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 59,13 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4196 | 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 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 270,00 | 299,94 | 175,20 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 127,94 |
| 4197 | Triptorelinum | Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml | 7 amp.-strz.po 1 ml | 05909990707553 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 156,60 | 181,04 | 181,04 | Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 3,20 |
| 4198 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125524 | 2019-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 6,48 | 10,34 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 4199 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125623 | 2019-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 9,72 | 13,75 | 13,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 4200 | Umeclidinii bromidum | Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg | 30 daw. | 05909991108953 | 2020-09-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 101,87 | 119,94 | 102,56 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 48,15 |
| 4201 | Umeclidinii bromidum + Vilanterolum | Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg | 1 inhalator po 30 dawek | 05909991108984 | 2021-03-01 | 3 lata | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 151,20 | 175,12 | 173,53 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 53,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4202 | 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 | 2018-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 56,16 | 70,75 | 70,75 | 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 | | ryczałt | 3,20 |
| 4203 | Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (Szczepionka przeciw grypie, antygen powierzchniowy, inaktywowana) | Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 05909991347352 | 2020-09-01 | 2 lata | 247.0, Szczepionki przeciw grypie | 37,80 | 47,83 | 45,76 | Profilaktyka grypy u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego) oraz u kobiet w ciąży | | 50% | 24,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4204 | Valganciclovirum | Sperart, tabletki powlekane, 450 mg | 60 tabl. | 05909991257354 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego | 756,00 | 817,64 | 477,44 | Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 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 | 343,40 |
| 4205 | Valganciclovirum | Valcyclox, tabletki powlekane, 450 mg | 60 tabl. | 05909991228620 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego | 918,00 | 987,74 | 477,44 | Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 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 | 513,50 |
| 4206 | Valganciclovirum | Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml | 1 but.po 12 g | 05902768001082 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 116.2, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 955,80 | 1041,18 | 1041,18 | Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej | <1>zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4207 | Valganciclovirum | Valhit, tabl. powl., 450 mg | 60 szt. | 05909991284381 | <1>2017-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | <1>5 lat/<2>3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego | 432,00 | 477,44 | 477,44 | <1>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; <2>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 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 |
| 4208 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990773763 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | 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% | 12,85 |
| 4209 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990773695 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,25 | 13,33 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,02 |
| 4210 | Valsartanum | Awalone, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 05909990688739 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,01 | 20,01 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,40 |
| 4211 | Valsartanum | Awalone, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 05909990688548 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,51 | 10,46 | 9,01 | 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% | 4,15 |
| 4212 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909991230395 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,93 | 18,88 | 18,02 | 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 |
| 4213 | Valsartanum | Axudan, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 05909991253912 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,31 | 19,28 | 18,02 | 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% | 6,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4214 | Valsartanum | Axudan, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 05909991253226 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,40 | 10,34 | 9,01 | 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% | 4,03 |
| 4215 | Valsartanum | Bespres, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751877 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | 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% | 12,85 |
| 4216 | Valsartanum | Bespres, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751594 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 13,18 | 9,01 | 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% | 6,87 |
| 4217 | Valsartanum | Diovan, tabl. powl., 160 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990929238 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,58 | 17,88 | 9,01 | 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% | 11,57 |
| 4218 | Valsartanum | Diovan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990929214 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,84 | 34,53 | 18,02 | 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% | 21,92 |
| 4219 | Valsartanum | Diovan, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990929115 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,90 | 22,42 | 9,01 | 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% | 16,11 |
| 4220 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990831067 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 26,93 | 18,02 | 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% | 14,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4221 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg | 56 szt. | 05909990831081 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,29 | 40,53 | 36,04 | 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% | 15,30 |
| 4222 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909990831159 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 46,32 | 36,04 | 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% | 21,09 |
| 4223 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990830961 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 13,91 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,60 |
| 4224 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg | 56 szt. | 05909990830985 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,71 | 20,75 | 18,02 | 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% | 8,14 |
| 4225 | Valsartanum | Ivisart, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990685981 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,69 | 10,64 | 9,01 | 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% | 4,33 |
| 4226 | Valsartanum | Tensart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990682065 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,82 | 24,01 | 18,02 | 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% | 11,40 |
| 4227 | Valsartanum | Tensart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990681877 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 13,34 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,03 |
| 4228 | Valsartanum | Valorion, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 05909991299590 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,01 | 20,01 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4229 | Valsartanum | Valorion, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 05909991299583 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,51 | 10,46 | 9,01 | 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% | 4,15 |
| 4230 | Valsartanum | Valsacor 160, tabl. powl., 160 mg | 60 szt. | 05909990818983 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 44,44 | 53,59 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 26,56 |
| 4231 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074969 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,74 | 26,03 | 18,02 | 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% | 13,42 |
| 4232 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 90 szt. | 05909990818990 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 64,80 | 76,97 | 57,92 | 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% | 36,43 |
| 4233 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909991216306 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,30 | 36,35 | 36,04 | 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% | 11,12 |
| 4234 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909990779147 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,47 | 50,16 | 36,04 | 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% | 24,93 |
| 4235 | Valsartanum | Valsacor 80, tabl. powl., 80 mg | 60 szt. | 05909990818853 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,23 | 27,79 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4236 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074945 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,37 | 13,46 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,15 |
| 4237 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 90 szt. | 05909990818860 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,40 | 39,84 | 28,96 | 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% | 19,57 |
| 4238 | Valsartanum | Valsartan Aurovitas, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 05909991345815 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,82 | 18,77 | 18,02 | 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% | 6,16 |
| 4239 | Valsartanum | Valsartan Aurovitas, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 05909991345785 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,91 | 9,83 | 9,01 | 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% | 3,52 |
| 4240 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 05909991266455 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,99 | 19,99 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,38 |
| 4241 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg | 56 tabl. | 05909991266479 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,98 | 38,11 | 36,04 | 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% | 12,88 |
| 4242 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 05909991266387 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,50 | 10,45 | 9,01 | 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% | 4,14 |
| 4243 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909991282608 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,88 | 16,72 | 16,72 | 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% | 5,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4244 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991282455 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,94 | 8,81 | 8,81 | 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% | 2,64 |
| 4245 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990804580 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,10 | 16,96 | 16,96 | 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% | 5,09 |
| 4246 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 160 mg | 56 szt. | 05909991088118 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,19 | 32,03 | 32,03 | 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% | 9,61 |
| 4247 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990804542 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,21 | 9,09 | 9,01 | 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% | 2,78 |
| 4248 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 80 mg | 56 szt. | 05909991088101 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,42 | 17,29 | 17,29 | 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% | 5,19 |
| 4249 | Valsartanum | Valzek, tabl., 160 mg | 28 szt. | 05909991202330 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 23,53 | 18,02 | 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% | 10,92 |
| 4250 | Valsartanum | Valzek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991202286 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,18 | 12,21 | 9,01 | 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% | 5,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4251 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990827480 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,74 | 26,03 | 18,02 | 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% | 13,42 |
| 4252 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990827459 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,37 | 13,46 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,15 |
| 4253 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909991230234 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,93 | 18,88 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,27 |
| 4254 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg | 28 tabl. | 05909991251857 | 2017-07-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,31 | 19,28 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,67 |
| 4255 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909991230333 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,93 | 18,88 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,27 |
| 4256 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 tabl. | 05909991254407 | 2017-07-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,31 | 19,28 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,67 |
| 4257 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg | 28 szt. | 05909991325749 | 2017-09-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,62 | 36,68 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,45 |
| 4258 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991325572 | 2017-09-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,15 | 10,08 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,77 |
| 4259 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990874255 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,55 | 26,88 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,27 |
| 4260 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg | 14 tabl. | 05909991305932 | 2017-07-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,99 | 10,96 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,65 |
| 4261 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909991282028 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,88 | 20,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4262 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740864 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,49 | 26,81 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,20 |
| 4263 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 tabl. | 05909991305949 | 2017-07-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,98 | 21,03 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,42 |
| 4264 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740833 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 13,34 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,03 |
| 4265 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Diovan, tabl. powl., 160+25 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909991062927 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,37 | 17,66 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,35 |
| 4266 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990829989 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 26,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,32 |
| 4267 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 05909990830008 | 2018-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,01 | 39,19 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,96 |
| 4268 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990830107 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 26,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,32 |
| 4269 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg | 56 szt. | 05909990830138 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,56 | 42,92 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,69 |
| 4270 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg | 28 szt. | 05909990830176 | 2019-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 46,32 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,09 |
| 4271 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg | 28 szt. | 05909990830244 | 2019-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 46,32 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,09 |
| 4272 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990829927 | 2019-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 13,91 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,60 |
| 4273 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909990829941 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,28 | 22,39 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,78 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4274 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740246 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,74 | 26,03 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,42 |
| 4275 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 tabl. | 05909990740253 | 2018-01-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,34 | 46,89 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,66 |
| 4276 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 98 szt. | 05909990740260 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 67,09 | 79,76 | 63,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 35,61 |
| 4277 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740277 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,74 | 26,03 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,42 |
| 4278 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 56 tabl. | 05909990740284 | 2018-01-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,34 | 46,89 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,66 |
| 4279 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 98 szt. | 05909990740291 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 67,09 | 79,76 | 63,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 35,61 |
| 4280 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg | 28 szt. | 05909990847464 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,47 | 50,16 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,93 |
| 4281 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg | 28 szt. | 05909990847501 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,47 | 50,16 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,93 |
| 4282 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 tabl. | 05909990740192 | 2018-01-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,61 | 12,66 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,35 |
| 4283 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 56 tabl. | 05909990740208 | 2018-01-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,17 | 24,38 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,77 |
| 4284 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 98 szt. | 05909990740239 | 2019-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,54 | 41,33 | 31,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,25 |
| 4285 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704132 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,82 | 24,01 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4286 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704262 | 2019-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,82 | 24,01 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,40 |
| 4287 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+12,5 mg | 28 tabl. | 05909991136116 | 2017-07-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,61 | 21,69 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,08 |
| 4288 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 tabl. | 05909991136376 | 2017-07-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,61 | 21,69 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,08 |
| 4289 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 80+12,5 mg | 28 tabl. | 05909991135850 | 2017-07-01 | 5 lat | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,37 | 11,36 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,05 |
| 4290 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990847600 | 2018-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,17 | 24,38 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,77 |
| 4291 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990847655 | 2018-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,17 | 24,38 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,77 |
| 4292 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990801961 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,10 | 16,96 | 16,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,09 |
| 4293 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 05909991067557 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,19 | 32,03 | 32,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,61 |
| 4294 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990802005 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,42 | 17,29 | 17,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,19 |
| 4295 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 56 szt. | 05909991067564 | 2020-09-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,84 | 32,71 | 32,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,81 |
| 4296 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862375 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,55 | 26,88 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,27 |
| 4297 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990862399 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,55 | 26,88 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4298 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862351 | 2019-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 13,34 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,03 |
| 4299 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990047956 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,02 | 43,25 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 13,64 |
| 4300 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991394400 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,82 | 30,80 | 30,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,24 |
| 4301 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991383886 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 27,00 | 36,24 | 36,24 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,87 |
| 4302 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991197735 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 68,48 | 83,58 | 83,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 25,07 |
| 4303 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990047901 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,74 | 12,19 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,78 |
| 4304 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990047895 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,01 | 22,71 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 7,91 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4305 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991383978 | 2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,91 | 16,55 | 16,55 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,97 |
| 4306 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991394318 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,91 | 16,55 | 16,55 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,97 |
| 4307 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 60 szt. | 05909991197728 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,25 | 43,85 | 43,85 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 13,16 |
| 4308 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660650 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,13 | 43,38 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 13,77 |
| 4309 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660636 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,86 | 12,31 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,90 |
| 4310 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660643 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,06 | 22,76 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 7,96 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4311 | Venlafaxinum | Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990494019 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,51 | 43,77 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 14,16 |
| 4312 | Venlafaxinum | Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990493913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 19,50 | 25,33 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,53 |
| 4313 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990715374 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,02 | 43,25 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 13,64 |
| 4314 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990715299 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 7,34 | 10,72 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 3,31 |
| 4315 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990715350 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,01 | 22,71 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 7,91 |
| 4316 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990721528 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 28,51 | 37,47 | 37,47 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 11,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4317 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990721498 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 7,13 | 10,51 | 10,51 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 3,15 |
| 4318 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990721504 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 14,26 | 19,82 | 19,82 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,95 |
| 4319 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990691883 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 36,29 | 45,63 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 16,02 |
| 4320 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990691760 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,07 | 12,52 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,11 |
| 4321 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990691906 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,71 | 23,45 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,65 |
| 4322 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991377168 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 31,97 | 41,10 | 41,10 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 12,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4323 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 05909991377502 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 7,99 | 11,40 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 3,99 |
| 4324 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991377359 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 15,98 | 21,63 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 6,83 |
| 4325 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990795826 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,68 | 31,34 | 31,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,40 |
| 4326 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 98 szt. | 05909990795833 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 77,76 | 96,02 | 96,02 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 28,81 |
| 4327 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990795802 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 6,48 | 9,81 | 9,81 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 2,94 |
| 4328 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 98 szt. | 05909990795819 | 2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,14 | 30,15 | 30,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4329 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990795789 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 12,96 | 18,46 | 18,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,54 |
| 4330 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 98 szt. | 05909990795796 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 42,66 | 55,16 | 55,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 16,55 |
| 4331 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990727520 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 39,00 | 48,48 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 18,87 |
| 4332 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990727490 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,74 | 13,24 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,83 |
| 4333 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990727506 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 19,49 | 25,31 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,51 |
| 4334 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991092030 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,12 | 30,76 | 30,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4335 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 kaps. | 05909991135096 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 6,32 | 9,65 | 9,65 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 2,90 |
| 4336 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991091996 | 2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 12,83 | 18,32 | 18,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,50 |
| 4337 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37.5 mg | 28 szt. | 05909991093815 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,61 | 13,10 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,69 |
| 4338 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37.5 mg | 56 szt. | 05909991093822 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 19,22 | 25,04 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,24 |
| 4339 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 28 szt. | 05909991093914 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 19,22 | 25,04 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,24 |
| 4340 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 56 szt. | 05909991093921 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 38,45 | 47,90 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 18,29 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4341 | Venlafaxinum | Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990056293 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,56 | 43,82 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 14,21 |
| 4342 | Venlafaxinum | Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990055982 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,64 | 12,08 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,67 |
| 4343 | Venlafaxinum | Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990056279 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,28 | 22,99 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,19 |
| 4344 | Venlafaxinum | Venlafaxine Apotex, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990673803 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 37,37 | 46,77 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 17,16 |
| 4345 | Venlafaxinum | Venlafaxine Apotex, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990673728 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,34 | 12,82 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,41 |
| 4346 | Venlafaxinum | Venlafaxine Apotex, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990673766 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 18,68 | 24,46 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4347 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990767625 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,42 | 24,77 | 24,77 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 7,43 |
| 4348 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990767601 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,21 | 13,47 | 13,47 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,04 |
| 4349 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990424672 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 35,10 | 44,39 | 42,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 14,78 |
| 4350 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990040971 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,75 | 12,20 | 10,58 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,79 |
| 4351 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990040995 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,39 | 23,11 | 21,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,31 |
| 4352 | Verapamilum | Staveran 120, tabl. powl., 120 mg | 20 tabl. | 05909990045419 | 2018-01-01 | 5 lat | 42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil | 5,62 | 8,17 | 8,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 4353 | Verapamilum | Staveran 40, tabl. powl., 40 mg | 20 tabl. | 05909990045211 | 2018-01-01 | 5 lat | 42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil | 2,30 | 3,21 | 2,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,21 |
| 4354 | Verapamilum | Staveran 80, tabl. powl., 80 mg | 20 tabl. | 05909990045310 | 2018-01-01 | 5 lat | 42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil | 4,10 | 5,88 | 5,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4355 | Vigabatrinum | Sabril, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990312818 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne | 206,80 | 235,07 | 235,07 | <1>Padaczka oporna na leczenie | stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia | ryczałt | 3,20 |
| 4356 | Vigabatrinum | Sabril, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990312818 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01 | 3 lata | 162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne | 206,80 | 235,07 | 235,07 | <2>Zespół Westa | | ryczałt | 3,20 |
| 4357 | Vigabatrinum | Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg | 50 sasz. | 05909990832712 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne | 120,96 | 141,86 | 141,86 | <1>Padaczka oporna na leczenie | stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia | ryczałt | 3,20 |
| 4358 | Vigabatrinum | Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg | 50 sasz. | 05909990832712 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01 | 3 lata | 162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne | 120,96 | 141,86 | 141,86 | <2>Zespół Westa | | ryczałt | 3,20 |
| 4359 | Voriconazolum | Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 05909991063177 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol | 135,79 | 157,32 | 139,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności | ryczałt | 21,04 |
| 4360 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 05909991095840 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol | 118,80 | 139,48 | 139,48 | 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 |
| 4361 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05055565731536 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol | 178,20 | 204,29 | 204,29 | 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 |
| 4362 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. powl., 50 mg | 20 szt. | 05909991095741 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol | 29,70 | 38,37 | 34,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności | ryczałt | 6,70 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4363 | Voriconazolum | Voriconazole Mylan, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 05909991191917 | 2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol | 130,90 | 152,19 | 139,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności | ryczałt | 15,91 |
| 4364 | Vortioxetini hydrobromidum | Brintellix, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05702157142187 | 2020-01-01 | 2 lata | 225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna | 100,44 | 119,23 | 119,23 | 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% | 35,77 |
| 4365 | Warfarinum | Warfin, tabl., 3 mg | 100 szt. (1 słoik po 100 szt.) | 05909990622368 | 2019-01-01 | 3 lata | 21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K | 14,47 | 17,86 | 9,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,25 |
| 4366 | Warfarinum | Warfin, tabl., 5 mg | 100 szt. (1 słoik po 100 szt.) | 05909990622382 | 2019-01-01 | 3 lata | 21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K | 23,33 | 28,44 | 16,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,08 |
| 4367 | 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 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.1, Alergeny kurzu domowego | 1058,40 | 1140,06 | 687,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 486,30 |
| 4368 | Ziprasidonum | Zypsila, kaps. twarde, 80 mg | 56 szt. | 05909990681228 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon | 184,68 | 211,26 | 211,26 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 4369 | Zuclopenthixolum | Clopixol, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. (1 poj.po 100 szt.) | 05909990126729 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,94 | 30,09 | 20,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 9,33 |
| 4370 | Zuclopenthixolum | Clopixol, tabl. powl., 25 mg | 100 szt. (1 poj.po 100 szt.) | 05909990126828 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 41,04 | 51,90 | 51,90 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4371 | Zuclopenthixolum | Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990189212 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego | 12,74 | 17,42 | 14,19 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4372 | Zuclopenthixolum | Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990189229 | 2019-01-01 | 3 lata | 179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego | 120,96 | 141,86 | 141,86 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1 | Dieta | Infatrini, płyn | 3000 ml (24 x 125 ml) | 8716900565021 | 2019-09-01 | 2 lata | 250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. | 141,75 | 161,71 | 102,80 | Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca | | ryczałt | 62,11 |
| 2 | Dieta | Infatrini Powder, proszek | 400 g | 4008976681786 | 2019-11-01 | 2 lata | 250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. | 55,44 | 68,53 | 68,53 | 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 |
| 3 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Bebilon pepti 1 DHA, proszek | 400 g | 5900852031724 | 2018-11-01 | 3 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 26,27 | 32,20 | 19,10 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 18,83 |
| 4 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek | 400 g | 5900852033957 | 2020-01-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 34,65 | 40,94 | 18,72 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 27,84 |
| 5 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Bebilon pepti 2 DHA, proszek | 400 g | 5900852031748 | 2018-11-01 | 3 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 29,88 | 38,57 | 38,40 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 11,69 |
| 6 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek | 400 g | 5900852033971 | 2020-01-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 37,28 | 46,34 | 38,40 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 19,46 |
| 7 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Humana SL, proszek | 650 g | 4031244774132 | 2019-01-01 | 3 lata | 217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia | 17,01 | 22,93 | 22,93 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 6,88 |
| 8 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek | 400 g | 5016533616170 | 2019-11-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 108,15 | 127,45 | 121,32 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 9,33 |
| 9 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek | 400 g | 5016533649970 | 2018-07-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 108,99 | 128,33 | 121,32 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 10,21 |
| 10 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek | 400 g | 5016533649956 | 2018-07-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 108,99 | 128,33 | 121,32 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 10,21 |
| 11 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate LCP, proszek | 400 g | 5016533646740 | 2019-01-01 | 3 lata | 217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt | 131,78 | 153,79 | 153,79 | Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 3,20 |
| 12 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 1 LGG, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045027530 | 2019-07-01 | 3 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 36,75 | 43,21 | 19,10 | Alergia na białko mleka krowiego, objawy związane z alergią pokarmową związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, nietolerancja laktozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, wtórna nietolerancja sacharozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, inne alergie związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, alergia na białko sojowe z nadwrażliwością na białka mleka krowiego | | 30% | 29,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 13 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038819 | 2020-11-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 38,85 | 45,63 | 20,46 | 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% | 31,31 |
| 14 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 2 LGG, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045027547 | 2019-07-01 | 3 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 37,80 | 46,80 | 37,62 | Alergia na białko mleka krowiego, objawy związane z alergią pokarmową związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, nietolerancja laktozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, wtórna nietolerancja sacharozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, inne alergie związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, alergia na białko sojowe z nadwrażliwością na białka mleka krowiego | | 30% | 20,47 |
| 15 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038826 | 2020-11-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 40,64 | 50,19 | 40,98 | Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe) | | 30% | 21,50 |
| 16 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038833 | 2020-11-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 31,87 | 40,98 | 40,98 | 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% | 12,29 |
| 17 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego | 400 g | 8712045027554 | 2019-07-01 | 3 lata | 217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci | 121,80 | 142,78 | 142,78 | 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 |
| 18 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen PURAMINO JUNIOR, proszek | 400 g | 8712045037201 | 2021-05-01 | 2 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 105,97 | 125,33 | 125,33 | 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 |
| 19 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutrison advanced Peptisorb Powder, proszek | 4 szt. x 125 g (500 g) | 8712400763141 | 2019-01-01 | 3 lata | 217.3, Dieta peptydowa kompletna | 39,90 | 49,31 | 40,08 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 21,25 |
| 20 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny | 18 x 250 ml (4500 ml) | 5016533625929 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.15, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż. | 500,85 | 551,54 | 551,54 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 21 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej | 834 g (30 x 27,8 g) | 5016533630992 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż. | 987,00 | 1074,76 | 1074,76 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 22 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej | 834 g (30 x 27,8 g) | 5016533630978 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż. | 987,00 | 1074,76 | 1074,76 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 23 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej | 834 g (30 x 27,8 g) | 5016533630985 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż. | 987,00 | 1074,76 | 1074,76 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 24 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 1, proszek | 500 g | 5016533644418 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.1, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt | 252,00 | 283,72 | 283,72 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 25 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 1 mix, proszek | 400 g | 4008976595304 | 2021-05-01 | 3 lata | 216.3, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt | 99,75 | 118,48 | 118,48 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 26 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 1 mix, proszek | 450 g | 4008976340270 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.3, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt | 117,60 | 138,06 | 137,50 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,76 |
| 27 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 2 mix, proszek | 400 g | 4008976340287 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.10, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż. | 313,95 | 350,39 | 350,39 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 28 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 2 prima, proszek | 500 g | 5016533644425 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.8, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż. | 325,50 | 362,82 | 362,82 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 29 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 2 secunda, proszek | 500 g | 5016533644432 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.11, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż. | 378,00 | 419,32 | 419,32 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 30 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 2 shake choco, proszek | 500 g (10 sasz. x 50 g) | 4008976599234 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż | 262,34 | 294,85 | 294,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 31 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek | 500 g (10 sasz. x 50 g) | 4008976599227 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż | 262,34 | 294,85 | 294,85 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 32 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 3, tabl. powl. | 600 szt. (60 x 10 szt.) | 4008976340331 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.6, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych – przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż. | 488,25 | 537,98 | 537,98 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 33 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 3 advanta, proszek | 500 g | 5016533644449 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.5, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż. | 425,25 | 470,17 | 470,17 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 34 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego | 450 g (10 x 45g) | 4008976340294 | 2019-07-01 | 3 lata | 216.18, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji | 380,10 | 421,59 | 421,59 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 35 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu | 454 g | 0300875102138 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.2, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci | 130,42 | 152,29 | 152,29 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 36 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu | 454 g | 0300875100066 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.13, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych | 123,45 | 144,60 | 144,60 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 37 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu | 454 g | 0300875100127 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.16, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży | 181,77 | 208,13 | 208,13 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 38 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648225 | 2018-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 505,44 | 556,48 | 556,48 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 39 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648263 | 2018-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 505,44 | 556,48 | 556,48 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 40 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648201 | 2018-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 505,44 | 556,48 | 556,48 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 41 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648249 | 2018-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 505,44 | 556,48 | 556,48 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 42 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648287 | 2018-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 505,44 | 556,48 | 556,48 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 43 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10/87 g białka/ml | 30 torebek po 87 ml | 5060014051370 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 44 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10/87 g białka/ml | 30 torebek po 87 ml | 5060014051387 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 45 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 10 Red, płyn, 10/87 g białka/ml | 30 torebek po 87 ml | 5060014051363 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 46 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 10 White, płyn, 10/87 g białka/ml | 30 torebek po 87 ml | 5060014051394 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 47 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka | 30 torebek po 87 ml | 5060385941485 | 2019-07-01 | 3 lata | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 567,00 | 622,73 | 622,73 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 48 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15/130 g białka/ml | 30 torebek po 130 ml | 5060014051424 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 850,50 | 927,86 | 927,86 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 49 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15/130 g białka/ml | 30 torebek po 130 ml | 5060014051431 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 850,50 | 927,86 | 927,86 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 50 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 Red, płyn, 15/130 g białka/ml | 30 torebek po 130 ml | 5060014051417 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 850,50 | 927,86 | 927,86 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 51 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 White, płyn, 15/130 g białka/ml | 30 torebek po 130 ml | 5060014051479 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 850,50 | 927,86 | 927,86 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 52 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka | 30 torebek po 130 ml | 5060385941492 | 2019-09-01 | 3 lata | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 850,50 | 927,86 | 927,86 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 53 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20/174 g białka/ml | 30 torebek po 174 ml | 5060014051547 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 54 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20/174 g białka/ml | 30 torebek po 174 ml | 5060014051554 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 55 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 20 Red, płyn, 20/174 g białka/ml | 30 torebek po 174 ml | 5060014051530 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 56 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 20 White, płyn, 20/174 g białka/ml | 30 torebek po 174 ml | 5060014051684 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 57 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka | 30 torebek po 174 ml | 5060385941508 | 2019-09-01 | 3 lata | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 58 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15/25 g białka/g | 30 saszetek po 25 g | 5060014051745 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 850,50 | 927,85 | 924,45 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 6,60 |
| 59 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15/25 g białka/g | 30 saszetek po 25 g | 5060014051585 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 850,50 | 927,85 | 924,45 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 6,60 |
| 60 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15/25 g białka/g | 30 saszetek po 25 g | 5060014051752 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 850,50 | 927,85 | 924,45 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 6,60 |
| 61 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15/25 g białka/g | 30 saszetek po 25 g | 5060014051738 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 850,50 | 927,85 | 924,45 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 6,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 62 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20/34 g białka/g | 30 saszetek po 34 g | 5060014051776 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 63 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20/34 g białka/g | 30 saszetek po 34 g | 5060014051639 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 64 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20/34 g białka/g | 30 saszetek po 34 g | 5060014051783 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 65 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20/34 g białka/g | 30 saszetek po 34 g | 5060014051769 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1134,00 | 1232,97 | 1232,97 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 66 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g | 30 saszetek po 24 g | 5060014051455 | 2019-07-01 | 2 lata | 216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 603,75 | 662,29 | 662,29 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 67 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g | 30 saszetek po 24 g | 5060014051448 | 2019-07-01 | 2 lata | 216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 603,75 | 662,29 | 662,29 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 68 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g | 30 saszetek po 24 g | 5060014051462 | 2019-07-01 | 2 lata | 216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 603,75 | 662,29 | 662,29 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 69 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml | 3750 ml (30 x 125 ml) | 5016533647686 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 979,65 | 1066,85 | 1066,85 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 70 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 62.5 ml | 3750 ml (60 x 62,5 ml) | 5016533647693 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 979,65 | 1066,85 | 1066,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 71 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml | 3750 ml (30 x 125 ml) | 5016533647747 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 979,65 | 1066,85 | 1066,85 | 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 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 979,65 | 1066,85 | 1066,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 73 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 125 ml | 3750 ml (30 x 125 ml) | 5016533647716 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 979,65 | 1066,85 | 1066,85 | 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 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 979,65 | 1066,85 | 1066,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 75 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 125 ml | 3750 ml (30 x 125 ml) | 5016533647778 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 979,65 | 1066,85 | 1066,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 76 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 62.5 ml | 3750 ml (60 x 62,5 ml) | 5016533647785 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 979,65 | 1066,85 | 1066,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 77 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego | 400 g | 5016533644456 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.4, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż. | 136,50 | 159,00 | 159,00 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 78 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej | 1500 g (30 x 50 g) | 5016533620368 | 2019-01-01 | 3 lata | 216.17, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży | 887,25 | 967,40 | 967,40 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 79 | Dieta eliminacyjna z MCT | Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g | 450 g | 8718117600625 | 2019-01-01 | 3 lata | 217.4, Diety eliminacyjne z MCT | 34,13 | 41,24 | 25,51 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 23,38 |
| 80 | Dieta eliminacyjna z MCT | Humana z MCT, proszek | 350 g | 4031244774125 | 2019-01-01 | 3 lata | 217.4, Diety eliminacyjne z MCT | 13,02 | 17,90 | 17,90 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 5,37 |
| 81 | Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2 | Modulen IBD, proszek | 400 g | 7613035091399 | 2019-07-01 | 2 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 | 52,50 | 65,14 | 65,14 | Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna | | ryczałt | 3,20 |
| 82 | Dieta mlekozastępcza | Infatrini Peptisorb, płyn doustny | 800 ml (4 x 200 ml) | 8716900562433 | 2019-09-01 | 3 lata | 217.3, Dieta peptydowa kompletna | 32,45 | 41,68 | 41,68 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 12,50 |
| 83 | Dieta wysokoenergetyczna | Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn | 4 but.po 300 ml (1200 ml) | 8716900553578 | 2018-09-01 | 3 lata | 217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie | 48,30 | 60,29 | 60,29 | Mukowiscydoza | | ryczałt | 3,20 |
| 84 | Dieta wysokoenergetyczna | Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn | 4 but.po 300 ml (1200 ml) | 8716900553486 | 2018-09-01 | 3 lata | 217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie | 48,30 | 60,29 | 60,29 | Mukowiscydoza | | ryczałt | 3,20 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowią-zywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1 | Dibutyrylochityna | Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm² | 1 szt. | 5905669556088 | 2021-01-01 | 2 lata | 220.15, Opatrunki biopolimerowe | 18,90 | 25,32 | 25,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,60 |
| 2 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Medisorb A, opatrunek alginianowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5900516844714 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 6,70 | 9,68 | 9,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,18 |
| 3 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Medisorb A, opatrunek alginianowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5900516844714 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 6,70 | 9,68 | 9,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,39 |
| 4 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500217958 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 7,54 | 10,56 | 9,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,06 |
| 5 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500217958 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 7,54 | 10,56 | 9,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,27 |
| 6 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x20 cm² | 1 szt. | 4049500217927 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 14,77 | 19,86 | 18,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,85 |
| 7 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x20 cm² | 1 szt. | 4049500217927 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 14,77 | 19,86 | 18,58 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,28 |
| 8 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 5x5 cm² | 1 szt. | 4049500217965 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 3,00 | 3,86 | 2,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,24 |
| 9 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 5x5 cm² | 1 szt. | 4049500217965 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 3,00 | 3,86 | 2,32 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,54 |
| 10 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447013466 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 6,43 | 9,39 | 9,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,89 |
| 11 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm² | 1 szt. | 4021447013480 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 13,55 | 18,58 | 18,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,57 |
| 12 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 4021447013442 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne | 2,27 | 3,09 | 2,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,47 |
| 13 | Emplastri antimicrobiotica | Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm² | 1 szt. | 0040565124810 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro | 14,90 | 19,28 | 12,23 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,72 |
| 14 | Emplastri antimicrobiotica | Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm² | 1 szt. | 0040565124810 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro | 14,90 | 19,28 | 12,23 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 15 | Emplastri antimicrobiotica | Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm² | 1 szt. | 0040565124858 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro | 25,65 | 32,63 | 24,45 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,52 |
| 16 | Emplastri antimicrobiotica | Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm² | 1 szt. | 0040565124858 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro | 25,65 | 32,63 | 24,45 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,18 |
| 17 | Emplastri antimicrobiotica | Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm² | 1 szt. | 0040565124872 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro | 81,00 | 97,80 | 97,80 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 29,34 |
| 18 | Emplastri antimicrobiotica | Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm² | 1 szt. | 0040565124872 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro | 81,00 | 97,80 | 97,80 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 19 | Emplastri antimicrobiotica | Actisorb Plus 25, opatrunek, 10,5x10,5 cm² | 1 szt. | 15051978002970 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 15,12 | 19,99 | 15,61 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,06 |
| 20 | Emplastri antimicrobiotica | Actisorb Plus 25, opatrunek, 10,5x19 cm² | 1 szt. | 15051978002994 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 26,95 | 34,35 | 28,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,58 |
| 21 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm² | 1 szt. | 5000223461652 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 11,39 | 15,83 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,92 |
| 22 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm² | 1 szt. | 5000223461652 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 11,39 | 15,83 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,67 |
| 23 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 5000223462222 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 16,99 | 23,04 | 22,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,55 |
| 24 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 5000223462222 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 16,99 | 23,04 | 22,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,91 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 25 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm² | 1 szt. | 5000223461621 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 8,21 | 11,12 | 7,97 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,54 |
| 26 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm² | 1 szt. | 5000223461621 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 8,21 | 11,12 | 7,97 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,15 |
| 27 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm² | 1 szt. | 5000223461928 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 24,95 | 31,06 | 20,07 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,01 |
| 28 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm² | 1 szt. | 5000223461928 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 24,95 | 31,06 | 20,07 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 10,99 |
| 29 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm² | 1 szt. | 5000223462314 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 11,29 | 15,72 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,81 |
| 30 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm² | 1 szt. | 5000223462314 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 11,29 | 15,72 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,56 |
| 31 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm² | 1 szt. | 5000223461805 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 32,83 | 40,97 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,67 |
| 32 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm² | 1 szt. | 5000223461805 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 32,83 | 40,97 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 9,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 33 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm² | 1 szt. | 5000223461836 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 45,14 | 56,64 | 56,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,99 |
| 34 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm² | 1 szt. | 5000223461836 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 45,14 | 56,64 | 56,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 35 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm² | 1 szt. | 5000223461867 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 32,40 | 41,66 | 40,92 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,02 |
| 36 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm² | 1 szt. | 5000223461867 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 32,40 | 41,66 | 40,92 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,74 |
| 37 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm² | 1 szt. | 5000223461898 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 50,76 | 63,54 | 63,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,06 |
| 38 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm² | 1 szt. | 5000223461898 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 50,76 | 63,54 | 63,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 39 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455152155 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 13,56 | 18,12 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,21 |
| 40 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455152155 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 13,56 | 18,12 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,96 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 41 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455152162 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 30,64 | 38,67 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,37 |
| 42 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455152162 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 30,64 | 38,67 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,81 |
| 43 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 20x30 cm² | 1 szt. | 0768455152179 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 78,34 | 93,87 | 84,96 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 34,40 |
| 44 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 20x30 cm² | 1 szt. | 0768455152179 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 78,34 | 93,87 | 84,96 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,91 |
| 45 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 2x45 cm² | 1 szt. | 0768455145614 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 10,80 | 14,97 | 12,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,05 |
| 46 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 2x45 cm² | 1 szt. | 0768455145614 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 10,80 | 14,97 | 12,74 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,23 |
| 47 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455127405 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 14,57 | 19,17 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,26 |
| 48 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455127405 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 14,57 | 19,17 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 49 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455127450 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 32,66 | 40,79 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,49 |
| 50 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455127450 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 32,66 | 40,79 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,93 |
| 51 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 20x30 cm² | 1 szt. | 0768455127481 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 86,76 | 102,71 | 84,96 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 43,24 |
| 52 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 20x30 cm² | 1 szt. | 0768455127481 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 86,76 | 102,71 | 84,96 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 17,75 |
| 53 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455127375 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 3,87 | 5,24 | 3,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,76 |
| 54 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455127375 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 3,87 | 5,24 | 3,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,70 |
| 55 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455123889 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 19,90 | 24,67 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,67 |
| 56 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455123889 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 19,90 | 24,67 | 14,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 10,38 |
| 57 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455123896 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 44,12 | 52,66 | 32,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 30,16 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 58 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455123896 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 44,12 | 52,66 | 32,15 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 20,51 |
| 59 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x20 cm² | 1 szt. | 0768455129164 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 58,48 | 69,00 | 42,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 38,99 |
| 60 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x20 cm² | 1 szt. | 0768455129164 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 58,48 | 69,00 | 42,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 26,13 |
| 61 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x20 cm² | 1 szt. | 0768455123902 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 77,98 | 90,91 | 57,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 50,90 |
| 62 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x20 cm² | 1 szt. | 0768455123902 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 77,98 | 90,91 | 57,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 33,75 |
| 63 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455127153 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 19,90 | 24,67 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,67 |
| 64 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455127153 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 19,90 | 24,67 | 14,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 10,38 |
| 65 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 0768455123773 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 30,78 | 37,36 | 22,33 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,73 |
| 66 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 0768455123773 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 30,78 | 37,36 | 22,33 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 15,03 |
| 67 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 17,5x17,5 cm² | 1 szt. | 0768455123780 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 59,61 | 70,30 | 43,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 39,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 68 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 17,5x17,5 cm² | 1 szt. | 0768455123780 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 59,61 | 70,30 | 43,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 26,54 |
| 69 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 19,8x14 cm² | 1 szt. | 0768455123803 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 53,97 | 63,88 | 39,61 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 36,15 |
| 70 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 19,8x14 cm² | 1 szt. | 0768455123803 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 53,97 | 63,88 | 39,61 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 24,27 |
| 71 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x16,9 cm² | 1 szt. | 0768455123810 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 65,87 | 77,41 | 48,30 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 43,60 |
| 72 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x16,9 cm² | 1 szt. | 0768455123810 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 65,87 | 77,41 | 48,30 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 29,11 |
| 73 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 21x21 cm² | 1 szt. | 0768455123797 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 85,87 | 99,66 | 63,02 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 55,55 |
| 74 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 21x21 cm² | 1 szt. | 0768455123797 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 85,87 | 99,66 | 63,02 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 36,64 |
| 75 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 25x30 cm² | 1 szt. | 0768455129201 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 146,20 | 166,26 | 107,18 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 91,23 |
| 76 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 25x30 cm² | 1 szt. | 0768455129201 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 146,20 | 166,26 | 107,18 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 59,08 |
| 77 | Emplastri antimicrobiotica | Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm² | 1 szt. | 4049500586429 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 10,80 | 15,11 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 78 | Emplastri antimicrobiotica | Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm² | 1 szt. | 4049500586429 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 10,80 | 15,11 | 14,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,82 |
| 79 | Emplastri antimicrobiotica | Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm² | 1 szt. | 4049500586436 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 21,60 | 28,58 | 28,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,57 |
| 80 | Emplastri antimicrobiotica | Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm² | 1 szt. | 4049500586436 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 21,60 | 28,58 | 28,58 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 81 | Emplastri antimicrobiotica | Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm² | 1 szt. | 4049500586412 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 3,89 | 5,22 | 3,57 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,72 |
| 82 | Emplastri antimicrobiotica | Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm² | 1 szt. | 4049500586412 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 3,89 | 5,22 | 3,57 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,65 |
| 83 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 15x15 cm² | 1 szt. | 5708932551601 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 30,24 | 38,25 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,95 |
| 84 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive 18x18 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 324 cm² | 1 szt. | 5708932861496 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 41,29 | 51,61 | 45,88 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,49 |
| 85 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive Heel, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 19x20 cm² | 1 szt. | 5708932551632 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 55,08 | 66,83 | 53,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 29,16 |
| 86 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive Sacral 23x23 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 529 cm² | 1 szt. | 5708932861489 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 68,09 | 82,26 | 74,91 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 29,82 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 87 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 15x15 cm² | 1 szt. | 5708932481922 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 30,24 | 38,25 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,95 |
| 88 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 15x15 cm² | 1 szt. | 5708932481922 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 30,24 | 38,25 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,39 |
| 89 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm² | 1 szt. | 5708932861519 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 24,89 | 32,18 | 28,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,36 |
| 90 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm² | 1 szt. | 5708932861519 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 24,89 | 32,18 | 28,32 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,86 |
| 91 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm² | 1 szt. | 5708932861502 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 49,93 | 61,67 | 56,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,02 |
| 92 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm² | 1 szt. | 5708932861502 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 49,93 | 61,67 | 56,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,03 |
| 93 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, w taśmie, 3x44 cm² | 1 szt. | 5708932552660 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 18,52 | 24,08 | 18,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,00 |
| 94 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, w taśmie, 3x44 cm² | 1 szt. | 5708932552660 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 18,52 | 24,08 | 18,69 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,39 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 95 | Emplastri antimicrobiotica | Mepilex Ag, opatrunek, 10x21 cm² | 1 szt. | 7332430941374 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 25,65 | 33,17 | 29,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,35 |
| 96 | Emplastri antimicrobiotica | Mepilex Ag, opatrunek, 10x21 cm² | 1 szt. | 7332430941374 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 25,65 | 33,17 | 29,74 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,43 |
| 97 | Emplastri antimicrobiotica | Mepilex Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 7332430941367 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 19,98 | 26,18 | 22,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,69 |
| 98 | Emplastri antimicrobiotica | Mepilex Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 7332430941367 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 19,98 | 26,18 | 22,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 4,05 |
| 99 | Emplastri antimicrobiotica | Mepilex Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm² | 1 szt. | 7332430941381 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 37,42 | 47,23 | 43,37 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,87 |
| 100 | Emplastri antimicrobiotica | Mepilex Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm² | 1 szt. | 7332430941381 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 37,42 | 47,23 | 43,37 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,86 |
| 101 | Emplastri antimicrobiotica | Mepilex Ag, opatrunek, 6x8,5 cm² | 1 szt. | 7332551027056 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 6,59 | 9,23 | 7,22 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,18 |
| 102 | Emplastri antimicrobiotica | Mepilex Ag, opatrunek, 6x8,5 cm² | 1 szt. | 7332551027056 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 6,59 | 9,23 | 7,22 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,01 |
| 103 | Emplastri antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 10 x 20 cm | 1 szt. | 15051978002291 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 37,80 | 45,59 | 28,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,58 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 104 | Emplastri antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 11 x 11 cm | 1 szt. | 15051978002321 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 22,68 | 28,05 | 17,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,95 |
| 105 | Emplastri antimicrobiotica | Suprasorb A+Ag ,opatrunek alginianowy ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm² | 1 szt. | 4021447930381 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 26,57 | 33,95 | 28,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,13 |
| 106 | Emplastri antimicrobiotica | Suprasorb A+Ag, opatrunek alginianowy ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447930350 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 14,04 | 18,61 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,70 |
| 107 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 10x10 cm | 1 szt. | 3546895520737 | 2017-05-01 | 5 lat | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 18,25 | 22,93 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,93 |
| 108 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 15x20 cm | 1 szt. | 3546895520744 | 2017-05-01 | 5 lat | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 54,97 | 65,32 | 42,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 35,31 |
| 109 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 6x6 cm | 1 szt. | 3546895520720 | 2017-05-01 | 5 lat | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 6,59 | 8,55 | 5,14 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,95 |
| 110 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm² | 1 szt. | 3546895518017 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 21,28 | 26,57 | 17,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,57 |
| 111 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm² | 1 szt. | 3546895518024 | <1>2019-07-01/<2>2018-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 52,38 | 62,60 | 42,87 | <1>Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 32,59 |
| 112 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm² | 1 szt. | 3546895518024 | <1>2019-07-01/<2>2018-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 52,38 | 62,60 | 42,87 | <2>Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 19,73 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 113 | Emplastri antimicrobiotica | Vliwaktiv Ag ,opatrunek węglowy, ze srebrem chłonny , sterylny,10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447309323 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 12,15 | 16,62 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,71 |
| 114 | Emplastri antimicrobiotica | Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny,10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447309200 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra | 9,07 | 12,86 | 12,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,86 |
| 115 | Emplastri carbo activatus | Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny , sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447037493 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.8, Opatrunki z węglem aktywowanym | 4,21 | 6,19 | 6,19 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,86 |
| 116 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455132027 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 17,67 | 22,32 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,32 |
| 117 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455132027 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 17,67 | 22,32 | 14,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,03 |
| 118 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455132034 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 39,75 | 48,07 | 32,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,57 |
| 119 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455132034 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 39,75 | 48,07 | 32,15 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 15,92 |
| 120 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm² | 1 szt. | 0768455132041 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 111,15 | 128,00 | 85,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 67,98 |
| 121 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm² | 1 szt. | 0768455132041 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 111,15 | 128,00 | 85,74 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 42,26 |
| 122 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455132010 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 4,58 | 5,95 | 3,57 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,45 |
| 123 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455132010 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 4,58 | 5,95 | 3,57 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 124 | Emplastri collagenosa | Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 11,1 cm | 1 szt. | 15051978001096 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 61,56 | 71,25 | 31,83 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 48,97 |
| 125 | Emplastri collagenosa | Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 11,1 cm | 1 szt. | 15051978001096 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 61,56 | 71,25 | 31,83 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 39,42 |
| 126 | Emplastri collagenosa | Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 22,2 cm | 1 szt. | 15051978001102 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 116,64 | 132,45 | 63,66 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 87,89 |
| 127 | Emplastri collagenosa | Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 22,2 cm | 1 szt. | 15051978001102 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 116,64 | 132,45 | 63,66 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 68,79 |
| 128 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500890922 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 55,67 | 64,58 | 28,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 44,90 |
| 129 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500890922 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 55,67 | 64,58 | 28,11 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 36,47 |
| 130 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm² | 1 szt. | 4049500890915 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 31,32 | 37,11 | 15,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 26,04 |
| 131 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm² | 1 szt. | 4049500890915 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 31,32 | 37,11 | 15,81 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 21,30 |
| 132 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus cavity, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm² | 1 szt. | 4049500890946 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 31,32 | 37,11 | 15,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 26,04 |
| 133 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus cavity, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm² | 1 szt. | 4049500890946 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 31,32 | 37,11 | 15,81 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 21,30 |
| 134 | Emplastri collagenosa | Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm² | 1 szt. | 5000223422486 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,04 |
| 135 | Emplastri collagenosa | Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm² | 1 szt. | 5000223422486 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 136 | Emplastri collagenosa | Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm² | 1 szt. | 5000223422493 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,01 | 25,45 | 25,45 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,64 |
| 137 | Emplastri collagenosa | Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm² | 1 szt. | 5000223422493 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,01 | 25,45 | 25,45 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 138 | Emplastri collagenosa | Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm² | 1 szt. | 5000223422509 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 38,02 | 48,41 | 48,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,52 |
| 139 | Emplastri collagenosa | Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm² | 1 szt. | 5000223422509 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 38,02 | 48,41 | 48,41 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 140 | Emplastri collagenosa | Mepilex Border Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 7332551816421 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 30,24 | 36,79 | 22,33 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,16 |
| 141 | Emplastri collagenosa | Mepilex Border Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 7332551816421 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 30,24 | 36,79 | 22,33 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 14,46 |
| 142 | Emplastri collagenosa | Mepilex Border Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm² | 1 szt. | 7332551816483 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 59,40 | 70,08 | 43,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 39,45 |
| 143 | Emplastri collagenosa | Mepilex Border Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm² | 1 szt. | 7332551816483 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 59,40 | 70,08 | 43,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 26,32 |
| 144 | Emplastri collagenosa | Sorelex, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 8595163717817 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 29,16 | 36,75 | 28,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,07 |
| 145 | Emplastri collagenosa | Suprasorb C, opatrunek kolagenowy, sterylny 6x8x0,8 cm, opatrunek, 6x8 cm² | 1 szt. | 4021447013862 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 27,00 | 32,17 | 13,49 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,73 |
| 146 | Emplastri collagenosa | Suprasorb C, opatrunek kolagenowy, sterylny 8x12x0,8 cm, opatrunek, 8x12 cm² | 1 szt. | 4021447013886 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 54,00 | 62,68 | 26,99 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 43,79 |
| 147 | Emplastri collagenosa | UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm² | 1 szt. | 3546894554863 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 35,64 | 44,27 | 33,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,65 |
| 148 | Emplastri collagenosa | UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm² | 1 szt. | 3546894554870 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 69,12 | 84,34 | 84,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,30 |
| 149 | Emplastri collagenosa | UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm² | 1 szt. | 3546894530669 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 43,89 | 53,81 | 40,48 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,47 |
| 150 | Emplastri collagenosa | UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm² | 1 szt. | 3546894549517 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 69,12 | 84,34 | 84,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,30 |
| 151 | Emplastri collagenosa | UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm² | 1 szt. | 3546894554887 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 35,64 | 44,27 | 33,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,65 |
| 152 | Emplastri collagenosa | UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm² | 1 szt. | 3546894554894 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 69,12 | 84,34 | 84,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,30 |
| 153 | Emplastri conlativi | Clean WND, opatrunek specjalistyczny, 15x20 cm² | 1 szt. | 8681349103922 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 15,07 | 20,52 | 20,52 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,16 |
| 154 | Emplastri conlativi | Clean WND, opatrunek specjalistyczny, 15x20 cm² | 1 szt. | 8681349103922 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 15,07 | 20,52 | 20,52 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 155 | Emplastri conlativi | HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500737043 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 8,16 | 10,68 | 7,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,61 |
| 156 | Emplastri conlativi | HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500737043 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 8,16 | 10,68 | 7,25 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,43 |
| 157 | Emplastri conlativi | HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x20 cm² | 1 szt. | 4049500737074 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 17,58 | 22,09 | 14,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,94 |
| 158 | Emplastri conlativi | HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x20 cm² | 1 szt. | 4049500737074 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 17,58 | 22,09 | 14,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,59 |
| 159 | Emplastri conlativi | HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 4049500737258 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 19,20 | 24,06 | 16,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,64 |
| 160 | Emplastri conlativi | HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 4049500737258 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 19,20 | 24,06 | 16,32 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,74 |
| 161 | Emplastri conlativi | HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 4049500737401 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 29,68 | 36,86 | 29,00 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,56 |
| 162 | Emplastri conlativi | HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 4049500737401 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 29,68 | 36,86 | 29,00 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,86 |
| 163 | Emplastri conlativi | HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 4049500736534 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 7,93 | 11,33 | 11,33 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,40 |
| 164 | Emplastri conlativi | HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 4049500736534 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 7,93 | 11,33 | 11,33 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 165 | Emplastri conlativi | HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 4049500736596 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 11,88 | 16,37 | 16,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,95 |
| 166 | Emplastri conlativi | HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 4049500736596 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 11,88 | 16,37 | 16,32 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 167 | Emplastri conlativi | HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 4049500736749 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 20,35 | 27,07 | 27,07 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,12 |
| 168 | Emplastri conlativi | HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 4049500736749 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 20,35 | 27,07 | 27,07 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 169 | Emplastri conlativi | Suprasorb X+PHMB, opatrunek, z uwodnionej celulozy hydrobalans z PHMB, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 4021447931289 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 10,04 | 11,07 | 1,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,80 |
| 170 | Emplastri hydrocolloidosa | Biatain Silicone, opatrunek piankowy z silikonem, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 5708932699136 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,09 | 21,51 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,78 |
| 171 | Emplastri hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455150946 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 6,35 | 8,69 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,96 |
| 172 | Emplastri hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455150946 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 6,35 | 8,69 | 6,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,93 |
| 173 | Emplastri hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x13 cm² | 1 szt. | 0768455150953 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 8,39 | 11,29 | 8,78 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,14 |
| 174 | Emplastri hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x13 cm² | 1 szt. | 0768455150953 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 8,39 | 11,29 | 8,78 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,51 |
| 175 | Emplastri hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455150892 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,52 | 15,88 | 15,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,24 |
| 176 | Emplastri hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455150892 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,52 | 15,88 | 15,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,68 |
| 177 | Emplastri hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 6x6 cm² | 1 szt. | 0768455150885 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 3,18 | 4,07 | 2,43 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,37 |
| 178 | Emplastri hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 6x6 cm² | 1 szt. | 0768455150885 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 3,18 | 4,07 | 2,43 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,64 |
| 179 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455150823 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 5,05 | 7,32 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,59 |
| 180 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455150823 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 5,05 | 7,32 | 6,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,56 |
| 181 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455150816 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,88 | 15,20 | 15,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,56 |
| 182 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455150816 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,88 | 15,20 | 15,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 183 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x20 cm² | 1 szt. | 0768455150809 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 15,06 | 20,35 | 20,27 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,16 |
| 184 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x20 cm² | 1 szt. | 0768455150809 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 15,06 | 20,35 | 20,27 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,08 |
| 185 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 0768455150847 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,84 | 26,37 | 26,37 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,91 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 186 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 0768455150847 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,84 | 26,37 | 26,37 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 187 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - pasta hydrokoloidowa, pasta, 30 g | 30 g | 0768455094950 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.11, Opatrunki w postaci pasty | 7,88 | 11,25 | 11,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,38 |
| 188 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex - pasta hydrokoloidowa, pasta, 30 g | 30 g | 0768455094950 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.11, Opatrunki w postaci pasty | 7,88 | 11,25 | 11,25 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 189 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455157242 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,97 | 7,24 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,51 |
| 190 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455157242 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,97 | 7,24 | 6,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,48 |
| 191 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455157259 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,01 | 15,34 | 15,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,70 |
| 192 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455157259 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,01 | 15,34 | 15,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,14 |
| 193 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 7,5x7,5 cm² | 1 szt. | 0768455150854 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 2,83 | 4,11 | 3,80 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,45 |
| 194 | Emplastri hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 7,5x7,5 cm² | 1 szt. | 0768455150854 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 2,83 | 4,11 | 3,80 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,31 |
| 195 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500222464 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 7,45 | 9,84 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,11 |
| 196 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500222464 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 7,45 | 9,84 | 6,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,08 |
| 197 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 4049500222471 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,44 | 24,19 | 15,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,55 |
| 198 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 4049500222471 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,44 | 24,19 | 15,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,99 |
| 199 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 4049500222488 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 31,32 | 38,43 | 27,02 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,52 |
| 200 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 4049500222488 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 31,32 | 38,43 | 27,02 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 11,41 |
| 201 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll concave, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 8x12 cm² | 1 szt. | 4049500222501 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 15,50 | 18,23 | 6,49 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,69 |
| 202 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll sacral, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 12x18 cm² | 1 szt. | 4049500222259 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 24,01 | 28,90 | 14,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,69 |
| 203 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500222525 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 6,59 | 8,94 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,21 |
| 204 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 4049500222525 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 6,59 | 8,94 | 6,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,18 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 205 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 4049500222532 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,61 | 15,97 | 15,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,33 |
| 206 | Emplastri hydrocolloidosa | Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 4049500222532 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,61 | 15,97 | 15,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,77 |
| 207 | Emplastri hydrocolloidosa | Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447546964 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,75 | 7,01 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,28 |
| 208 | Emplastri hydrocolloidosa | Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447546964 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,75 | 7,01 | 6,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,25 |
| 209 | Emplastri hydrocolloidosa | Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm² | 1 szt. | 4021447546995 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 9,50 | 13,51 | 13,51 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,05 |
| 210 | Emplastri hydrocolloidosa | Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm² | 1 szt. | 4021447546995 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 9,50 | 13,51 | 13,51 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 211 | Emplastri hydrocolloidosa | Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5900516844721 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,75 | 7,01 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,28 |
| 212 | Emplastri hydrocolloidosa | Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5900516844721 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,75 | 7,01 | 6,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,25 |
| 213 | Emplastri hydrocolloidosa | Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 5900516844745 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,80 | 15,12 | 15,12 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,54 |
| 214 | Emplastri hydrocolloidosa | Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 5900516844745 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,80 | 15,12 | 15,12 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 215 | Emplastri hydrocolloidosa | Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5900516849290 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 18,90 | 25,39 | 25,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,62 |
| 216 | Emplastri hydrocolloidosa | Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5900516849290 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 18,90 | 25,39 | 25,39 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 217 | Emplastri hydrocolloidosa | Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, cienki sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447013268 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,81 | 7,07 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,34 |
| 218 | Emplastri hydrocolloidosa | Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447914978 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,95 | 7,21 | 6,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,48 |
| 219 | Emplastri hydrocolloidosa | Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 4021447013077 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,79 | 15,11 | 15,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,53 |
| 220 | Emplastri hydrocolloidosa | Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 20x20 cm, opatrunek, 20x20 cm² | 1 szt. | 4021447013091 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,33 | 25,84 | 25,84 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,75 |
| 221 | Emplastri hydropolymerosa | Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 10x12 cm² | 1 szt. | 5900656000056 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 5,81 | 8,39 | 7,80 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,93 |
| 222 | Emplastri hydropolymerosa | Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 10x12 cm² | 1 szt. | 5900656000056 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 5,81 | 8,39 | 7,80 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,59 |
| 223 | Emplastri hydropolymerosa | Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x12 cm² | 1 szt. | 5900656000063 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 6,89 | 9,88 | 9,36 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 224 | Emplastri hydropolymerosa | Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x12 cm² | 1 szt. | 5900656000063 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 6,89 | 9,88 | 9,36 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,52 |
| 225 | Emplastri hydropolymerosa | Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x24 cm² | 1 szt. | 5900656000070 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 13,66 | 18,71 | 18,71 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,61 |
| 226 | Emplastri hydropolymerosa | Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x24 cm² | 1 szt. | 5900656000070 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 13,66 | 18,71 | 18,71 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 227 | Emplastri hydropolymerosa | Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 6x12 cm² | 1 szt. | 5900656000032 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 4,08 | 5,71 | 4,68 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,43 |
| 228 | Emplastri hydropolymerosa | Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 6x12 cm² | 1 szt. | 5900656000032 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 4,08 | 5,71 | 4,68 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,03 |
| 229 | Emplastri hydropolymerosa | Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g | 1 szt. | 0000050223480 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,64 | 10,62 | 4,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,44 |
| 230 | Emplastri hydropolymerosa | Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g | 1 szt. | 0000050223480 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,64 | 10,62 | 4,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,08 |
| 231 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb G, opatrunek w postaci żelu, 15 g | 1 szt. | 5900516849306 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,75 | 10,74 | 4,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,56 |
| 232 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb G, opatrunek w postaci żelu, 15 g | 1 szt. | 5900516849306 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,75 | 10,74 | 4,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,20 |
| 233 | Emplastri hydropolymerosa | Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g | 1 szt. | 7503006698958 | 2020-03-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 39,96 | 49,11 | 36,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 23,71 |
| 234 | Emplastri hydropolymerosa | Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g | 1 szt. | 7503006698958 | 2020-03-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 39,96 | 49,11 | 36,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,82 |
| 235 | Emplastri hydropolymerosa | Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g | 1 szt. | 7503006698965 | 2020-03-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 61,56 | 75,60 | 75,60 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,68 |
| 236 | Emplastri hydropolymerosa | Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g | 1 szt. | 7503006698965 | 2020-03-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 61,56 | 75,60 | 75,60 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 237 | Emplastri microfibricum cellulosae | Adaptic, opatrunek, 12,7x22,9 cm² | 1 szt. | 15051978000174 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,08 | 36,33 | 36,33 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,90 |
| 238 | Emplastri microfibricum cellulosae | Adaptic, opatrunek, 12,7x22,9 cm² | 1 szt. | 15051978000174 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,08 | 36,33 | 36,33 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 239 | Emplastri microfibricum cellulosae | Adaptic, opatrunek, 7,6x40,6 cm² | 1 szt. | 15051978000167 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,70 | 38,31 | 38,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,49 |
| 240 | Emplastri microfibricum cellulosae | Adaptic, opatrunek, 7,6x40,6 cm² | 1 szt. | 15051978000167 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,70 | 38,31 | 38,31 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 241 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm² | 1 szt. | 5000223463908 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,80 | 10,63 | 10,63 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,19 |
| 242 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm² | 1 szt. | 5000223463908 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,80 | 10,63 | 10,63 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 243 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm² | 1 szt. | 5000223476182 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,04 | 20,23 | 20,23 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,07 |
| 244 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm² | 1 szt. | 5000223476182 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,04 | 20,23 | 20,23 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 245 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm² | 1 szt. | 5000223463960 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,69 | 15,84 | 15,84 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,75 |
| 246 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm² | 1 szt. | 5000223463960 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,69 | 15,84 | 15,84 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 247 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm² | 1 szt. | 5000223463991 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,49 | 29,64 | 29,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,89 |
| 248 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm² | 1 szt. | 5000223463991 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,49 | 29,64 | 29,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 249 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm² | 1 szt. | 5000223463878 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,16 | 6,55 | 6,55 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,97 |
| 250 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm² | 1 szt. | 5000223463878 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,16 | 6,55 | 6,55 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 251 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm² | 1 szt. | 5000223465230 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 33,48 | 44,35 | 44,35 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,31 |
| 252 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm² | 1 szt. | 5000223465230 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 33,48 | 44,35 | 44,35 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 253 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm² | 1 szt. | 5000223475499 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,80 | 10,63 | 10,63 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,19 |
| 254 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm² | 1 szt. | 5000223475499 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,80 | 10,63 | 10,63 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 255 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm² | 1 szt. | 5000223475581 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,20 | 22,88 | 22,88 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,86 |
| 256 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm² | 1 szt. | 5000223475581 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,20 | 22,88 | 22,88 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 257 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm² | 1 szt. | 5000223475611 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,63 | 7,28 | 7,28 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,18 |
| 258 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm² | 1 szt. | 5000223475611 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,63 | 7,28 | 7,28 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 259 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm² | 1 szt. | 5000223476885 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,23 | 16,40 | 16,40 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,92 |
| 260 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm² | 1 szt. | 5000223476885 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,23 | 16,40 | 16,40 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 261 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm² | 1 szt. | 5000223476502 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,66 | 22,31 | 22,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,69 |
| 262 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm² | 1 szt. | 5000223476502 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,66 | 22,31 | 22,31 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 263 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm² | 1 szt. | 5000223478018 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,39 | 20,57 | 19,67 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,80 |
| 264 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm² | 1 szt. | 5000223478018 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,39 | 20,57 | 19,67 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,90 |
| 265 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm² | 1 szt. | 5000223478049 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,25 | 29,02 | 28,42 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,13 |
| 266 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm² | 1 szt. | 5000223478049 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,25 | 29,02 | 28,42 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,60 |
| 267 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm² | 1 szt. | 5000223478070 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 41,04 | 51,46 | 51,46 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,44 |
| 268 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm² | 1 szt. | 5000223477981 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,88 | 13,65 | 12,53 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,88 |
| 269 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm² | 1 szt. | 5000223477981 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,88 | 13,65 | 12,53 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,12 |
| 270 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life Heel, 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 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 54,43 | 67,09 | 67,09 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,13 |
| 271 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life Sacrum, 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 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 23,22 | 30,40 | 30,40 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 272 | Emplastri microfibricum cellulosae | Allevyn Life Sacrum, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 21,6cm x 23cm, 386 cm² | 1 szt. | 5000223481452 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 37,56 | 47,72 | 47,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,32 |
| 273 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455125616 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,23 | 15,28 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,85 |
| 274 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455125616 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,23 | 15,28 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,81 |
| 275 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455125630 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 25,26 | 32,39 | 30,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,17 |
| 276 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455125630 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 25,26 | 32,39 | 30,31 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,08 |
| 277 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455125586 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,28 | 4,45 | 3,37 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,09 |
| 278 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455125586 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,28 | 4,45 | 3,37 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,08 |
| 279 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm² | 1 szt. | 0768455123834 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,10 | 14,10 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,67 |
| 280 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm² | 1 szt. | 0768455123834 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,10 | 14,10 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,63 |
| 281 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm² | 1 szt. | 0768455127115 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,10 | 14,10 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,67 |
| 282 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm² | 1 szt. | 0768455127115 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,10 | 14,10 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,63 |
| 283 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm² | 1 szt. | 0768455123711 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,77 | 21,18 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,45 |
| 284 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm² | 1 szt. | 0768455123711 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,77 | 21,18 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,13 |
| 285 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm² | 1 szt. | 0768455123759 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 27,98 | 36,03 | 36,03 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,81 |
| 286 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm² | 1 szt. | 0768455123759 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 27,98 | 36,03 | 36,03 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 287 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm² | 1 szt. | 0768455123841 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,72 | 29,73 | 29,73 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,92 |
| 288 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm² | 1 szt. | 0768455123841 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,72 | 29,73 | 29,73 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 289 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm² | 1 szt. | 0768455123865 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,29 | 38,79 | 38,79 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,64 |
| 290 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm² | 1 szt. | 0768455123865 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,29 | 38,79 | 38,79 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 291 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm² | 1 szt. | 0768455123766 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 34,13 | 43,41 | 43,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,02 |
| 292 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm² | 1 szt. | 0768455123766 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 34,13 | 43,41 | 43,41 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 293 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm² | 1 szt. | 0768455123728 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,92 | 39,54 | 39,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,86 |
| 294 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm² | 1 szt. | 0768455123728 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,92 | 39,54 | 39,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 295 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm² | 1 szt. | 0768455123858 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 40,14 | 50,64 | 50,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,19 |
| 296 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm² | 1 szt. | 0768455123858 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 40,14 | 50,64 | 50,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 297 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm² | 1 szt. | 0768455123735 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 44,53 | 55,66 | 55,66 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,70 |
| 298 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm² | 1 szt. | 0768455123735 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 44,53 | 55,66 | 55,66 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 299 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm² | 1 szt. | 0768455123742 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 75,73 | 91,50 | 91,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 27,45 |
| 300 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm² | 1 szt. | 0768455123742 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 75,73 | 91,50 | 91,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 301 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5708932861557 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,32 | 14,33 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,90 |
| 302 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 5708932861571 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,09 | 21,51 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,78 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 303 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 18x18 cm² | 1 szt. | 5708932861564 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 33,45 | 42,47 | 42,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,74 |
| 304 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 7,5x7,5 cm² | 1 szt. | 5708932861540 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,82 | 8,29 | 7,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,98 |
| 305 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive Heel, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 19x20 cm² | 1 szt. | 5708932861526 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 38,63 | 48,75 | 48,75 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,63 |
| 306 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive Sacral, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 23x23 cm² | 1 szt. | 5708932861533 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 53,87 | 66,34 | 66,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,90 |
| 307 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm² | 1 szt. | 5708932476300 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,19 | 15,24 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,81 |
| 308 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm² | 1 szt. | 5708932476300 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,19 | 15,24 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,77 |
| 309 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm² | 1 szt. | 5708932476294 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 24,12 | 31,20 | 30,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,98 |
| 310 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm² | 1 szt. | 5708932476294 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 24,12 | 31,20 | 30,31 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,89 |
| 311 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 10x10 cm² | 1 szt. | 5708932551540 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,38 | 15,43 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,00 |
| 312 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 15x15 cm² | 1 szt. | 5708932551571 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 25,62 | 32,77 | 30,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,55 |
| 313 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Super Adhesive, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 20x20 cm² | 1 szt. | 5708932861588 | 2018-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 41,36 | 51,92 | 51,92 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,58 |
| 314 | Emplastri microfibricum cellulosae | Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm² | 1 szt. | 5000223466695 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,88 | 13,86 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,43 |
| 315 | Emplastri microfibricum cellulosae | Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm² | 1 szt. | 5000223466725 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,19 | 29,17 | 29,17 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,75 |
| 316 | Emplastri microfibricum cellulosae | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455142231 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,82 | 12,75 | 12,75 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,83 |
| 317 | Emplastri microfibricum cellulosae | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455142231 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,82 | 12,75 | 12,75 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 318 | Emplastri microfibricum cellulosae | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455142248 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,85 | 26,71 | 26,71 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 319 | Emplastri microfibricum cellulosae | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455142248 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,85 | 26,71 | 26,71 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 320 | Emplastri microfibricum cellulosae | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm² | 1 szt. | 0768455142255 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,17 | 8,96 | 8,89 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,74 |
| 321 | Emplastri microfibricum cellulosae | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm² | 1 szt. | 0768455142255 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,17 | 8,96 | 8,89 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,07 |
| 322 | Emplastri microfibricum cellulosae | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm² | 1 szt. | 0768455142224 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,65 | 8,35 | 8,35 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,51 |
| 323 | Emplastri microfibricum cellulosae | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm² | 1 szt. | 0768455142224 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,65 | 8,35 | 8,35 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 324 | Emplastri microfibricum cellulosae | Inadine, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 15051978004257 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,67 | 4,84 | 3,37 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,48 |
| 325 | Emplastri microfibricum cellulosae | Inadine, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 15051978004257 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,67 | 4,84 | 3,37 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,47 |
| 326 | Emplastri microfibricum cellulosae | Inadine, opatrunek, 9,5x9,5 cm² | 1 szt. | 15051978004264 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,26 | 13,97 | 12,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,46 |
| 327 | Emplastri microfibricum cellulosae | Inadine, opatrunek, 9,5x9,5 cm² | 1 szt. | 15051978004264 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,26 | 13,97 | 12,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,81 |
| 328 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm² | 1 szt. | 7332430504999 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,49 | 28,20 | 28,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,46 |
| 329 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm² | 1 szt. | 7332430504999 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,49 | 28,20 | 28,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 330 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332430446459 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 22,76 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,03 |
| 331 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332430446459 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 22,76 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,71 |
| 332 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332430505019 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,26 |
| 333 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332430505019 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 334 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm² | 1 szt. | 7332551306441 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 127,44 | 147,30 | 134,70 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 53,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 335 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm² | 1 szt. | 7332551306441 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 127,44 | 147,30 | 134,70 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,60 |
| 336 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332430446527 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,06 | 22,53 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,80 |
| 337 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332430446527 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,06 | 22,53 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,48 |
| 338 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332430497116 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,26 |
| 339 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332430497116 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 340 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border 17,5x23 cm, opatrunek, 402.5 cm² | 1 szt. | 7332430497123 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 41,15 | 51,73 | 51,73 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,52 |
| 341 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border 17,5x23 cm, opatrunek, 402.5 cm² | 1 szt. | 7332430497123 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 41,15 | 51,73 | 51,73 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 342 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm² | 1 szt. | 7332430500670 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,72 | 10,52 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,51 |
| 343 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm² | 1 szt. | 7332430500670 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,72 | 10,52 | 8,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,93 |
| 344 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332430529152 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 22,76 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,03 |
| 345 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332430529152 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 22,76 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,71 |
| 346 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332430529206 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,26 |
| 347 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332430529206 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 348 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm² | 1 szt. | 7332430529107 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,83 | 10,63 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,62 |
| 349 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Border EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm² | 1 szt. | 7332430529107 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,83 | 10,63 | 8,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,04 |
| 350 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332430666598 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,37 | 22,86 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,13 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 351 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332430666598 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,37 | 22,86 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,81 |
| 352 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332430666642 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 31,80 | 40,47 | 40,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,14 |
| 353 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332430666642 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 31,80 | 40,47 | 40,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 354 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm² | 1 szt. | 7332430666505 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,86 | 10,66 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,65 |
| 355 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm² | 1 szt. | 7332430666505 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,86 | 10,66 | 8,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,07 |
| 356 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm² | 1 szt. | 7332430727572 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,98 | 29,67 | 29,67 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,90 |
| 357 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm² | 1 szt. | 7332430727572 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,98 | 29,67 | 29,67 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 358 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm² | 1 szt. | 7332430008800 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 43,85 | 53,03 | 40,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 24,74 |
| 359 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm² | 1 szt. | 7332430008800 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 43,85 | 53,03 | 40,41 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,62 |
| 360 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm² | 1 szt. | 7310792907108 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,69 | 11,87 | 10,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,80 |
| 361 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm² | 1 szt. | 7310792907108 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,69 | 11,87 | 10,10 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,77 |
| 362 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x10 cm² | 1 szt. | 7392130182224 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,80 | 14,83 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,40 |
| 363 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x10 cm² | 1 szt. | 7392130182224 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,80 | 14,83 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,36 |
| 364 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm² | 1 szt. | 7392130182231 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,75 | 27,28 | 26,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,42 |
| 365 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm² | 1 szt. | 7392130182231 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,75 | 27,28 | 26,94 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,34 |
| 366 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Compress (Sorbact kompres), kompres wiążący bakterie, 7x9 cm² | 1 szt. | 7392130181258 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,28 | 10,03 | 8,49 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 367 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Compress (Sorbact kompres), kompres wiążący bakterie, 7x9 cm² | 1 szt. | 7392130181258 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,28 | 10,03 | 8,49 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,54 |
| 368 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm² | 1 szt. | 7392130181371 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,66 | 15,99 | 15,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,39 |
| 369 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm² | 1 szt. | 7392130181371 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,66 | 15,99 | 15,15 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,84 |
| 370 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 7392130183153 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,53 | 27,43 | 27,43 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,23 |
| 371 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm² | 1 szt. | 7392130183153 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,53 | 27,43 | 27,43 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 372 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm² | 1 szt. | 7392130181210 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,37 | 14,38 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,95 |
| 373 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm² | 1 szt. | 7392130181210 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,37 | 14,38 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,91 |
| 374 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 5x200 cm² | 1 szt. | 7392130181203 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 25,90 | 40,70 | 40,70 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,21 |
| 375 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 5x200 cm² | 1 szt. | 7392130181203 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 25,90 | 40,70 | 40,70 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 376 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x10 cm² | 1 szt. | 7392130185010 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,26 | 14,26 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,83 |
| 377 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x10 cm² | 1 szt. | 7392130185010 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,26 | 14,26 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,79 |
| 378 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x20 cm² | 1 szt. | 7392130185027 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,52 | 27,04 | 26,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,18 |
| 379 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x20 cm² | 1 szt. | 7392130185027 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,52 | 27,04 | 26,94 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,10 |
| 380 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x20 cm² | 1 szt. | 7392130185034 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 41,04 | 51,58 | 51,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,47 |
| 381 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x20 cm² | 1 szt. | 7392130185034 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 41,04 | 51,58 | 51,58 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 382 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x30 cm² | 1 szt. | 7392130185041 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 61,56 | 75,13 | 75,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 383 | Emplastri microfibricum cellulosae | Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x30 cm² | 1 szt. | 7392130185041 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 61,56 | 75,13 | 75,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 384 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle, opatrunek, 11x11 cm² | 1 szt. | 15051978001171 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 12,42 | 16,95 | 16,30 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,54 |
| 385 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 15051978000648 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 23,09 | 30,11 | 30,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,03 |
| 386 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle, opatrunek, 15x20 cm² | 1 szt. | 15051978000587 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,78 | 39,31 | 39,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,79 |
| 387 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle Non Adhesive, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 15051978004585 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,26 | 14,26 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,83 |
| 388 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle Non Adhesive, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 15051978004585 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,26 | 14,26 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,79 |
| 389 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle Non Adhesive, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 15051978004646 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 23,09 | 30,11 | 30,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,03 |
| 390 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle Non Adhesive, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 15051978004646 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 23,09 | 30,11 | 30,11 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 391 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle Non Adhesive, opatrunek, 22x21 cm² | 1 szt. | 15051978004714 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,40 | 58,88 | 58,88 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,66 |
| 392 | Emplastri microfibricum cellulosae | Tielle Non Adhesive, opatrunek, 22x21 cm² | 1 szt. | 15051978004714 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,40 | 58,88 | 58,88 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 393 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoClean, opatrunek na rany, 10x10 cm | 1 szt. | 3546895520270 | 2017-05-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,26 | 14,26 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,83 |
| 394 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoClean, opatrunek na rany, 15x15 cm | 1 szt. | 3546895520287 | 2017-05-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 23,22 | 30,25 | 30,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,08 |
| 395 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoClean, opatrunek na rany, 15x20 cm | 1 szt. | 3546895520294 | 2017-05-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 31,10 | 39,65 | 39,65 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,90 |
| 396 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoClean, opatrunek na rany, 6x6 cm | 1 szt. | 3546895520263 | 2017-05-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,67 | 5,27 | 4,85 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,88 |
| 397 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoClean ROPE, opatrunek na rany, 40x5 cm | 1 szt. | 3546895520300 | 2017-05-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,74 | 27,27 | 26,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,41 |
| 398 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul Absorb Border Sacrum; 20 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 20x20 cm² | 1 szt. | 3546895518147 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 38,88 | 49,31 | 49,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 399 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul Absorb Border; 10 cm x 10 cm, opatrunek na rany, 10x10 cm² | 1 szt. | 3546895518116 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,72 | 13,70 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,27 |
| 400 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul Absorb Border; 13 cm x 13 cm, opatrunek na rany, 13x13 cm² | 1 szt. | 3546895518123 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,43 | 22,12 | 22,12 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,64 |
| 401 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul Absorb Border; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm² | 1 szt. | 3546895518130 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,16 | 37,61 | 37,61 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,28 |
| 402 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul Absorb Border; 8 cm x 8 cm, opatrunek na rany, 8x8 cm² | 1 szt. | 3546895518109 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,22 | 8,95 | 8,62 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,92 |
| 403 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul Absorb Heel; 12 cm x 19 cm, opatrunek na rany, 12x19 cm² | 1 szt. | 3546895518093 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,16 | 29,18 | 29,18 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,75 |
| 404 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul Absorb; 10 cm x 10 cm, opatrunek na rany, 10x10 cm² | 1 szt. | 3546895518079 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,83 | 13,81 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,38 |
| 405 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul Absorb; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm² | 1 szt. | 3546895518086 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,48 | 37,94 | 37,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,38 |
| 406 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm² | 1 szt. | 3546895518048 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,88 | 16,37 | 16,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,06 |
| 407 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm² | 1 szt. | 3546895518048 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,88 | 16,37 | 16,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,21 |
| 408 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm² | 1 szt. | 3546895518055 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,48 | 37,94 | 37,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,38 |
| 409 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm² | 1 szt. | 3546895518055 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,48 | 37,94 | 37,94 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 410 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul; 20 cm x 30 cm, opatrunek na rany, 20x30 cm² | 1 szt. | 3546895518062 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 58,97 | 72,41 | 72,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,72 |
| 411 | Emplastri microfibricum cellulosae | UrgoTul; 20 cm x 30 cm, opatrunek na rany, 20x30 cm² | 1 szt. | 3546895518062 | 2019-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 58,97 | 72,41 | 72,41 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 412 | Emplastri microfibricum cellulosae | Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 12x12 cm | 1 szt. | 4021447587721 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 12,28 | 17,27 | 17,27 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,18 |
| 413 | Emplastri microfibricum cellulosae | Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 10x10 cm² | 1 szt. | 4056649067429 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,86 | 8,59 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,58 |
| 414 | Emplastri microfibricum cellulosae | Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 12,5x12,5 cm² | 1 szt. | 4056649067443 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,23 | 10,11 | 10,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 415 | Emplastri microfibricum cellulosae | Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 12,5x22,5 cm² | 1 szt. | 4056649067467 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,81 | 15,95 | 15,95 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,79 |
| 416 | Emplastri microfibricum cellulosae | Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 22x22 cm² | 1 szt. | 4056649067481 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,12 | 25,21 | 25,21 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,56 |
| 417 | Emplastri microfibricum cellulosae | Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 22x32 cm² | 1 szt. | 4056649067504 | 2019-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,99 | 34,62 | 34,62 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,39 |
| 418 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x10 cm | 1 szt. | 4049500616713 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,04 |
| 419 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x10 cm | 1 szt. | 4049500616713 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 420 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x20 cm | 1 szt. | 4049500616751 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,25 | 26,76 | 26,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,03 |
| 421 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x20 cm | 1 szt. | 4049500616751 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,25 | 26,76 | 26,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 422 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 20x40 cm | 1 szt. | 4049500616874 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 77,76 | 94,13 | 94,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 28,24 |
| 423 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 20x40 cm | 1 szt. | 4049500616874 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 77,76 | 94,13 | 94,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 424 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm² | 1 szt. | 4052199276106 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,00 | 25,44 | 25,44 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,63 |
| 425 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm² | 1 szt. | 4052199276106 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,00 | 25,44 | 25,44 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 426 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm² | 1 szt. | 4052199276069 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,84 | 20,20 | 20,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,06 |
| 427 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm² | 1 szt. | 4052199276069 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,84 | 20,20 | 20,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 428 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm² | 1 szt. | 4052199276274 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,50 | 59,38 | 59,38 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,81 |
| 429 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm² | 1 szt. | 4052199276274 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,50 | 59,38 | 59,38 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 430 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm² | 1 szt. | 4052199298290 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,84 | 20,20 | 20,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 431 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm² | 1 szt. | 4052199298290 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,84 | 20,20 | 20,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 432 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm² | 1 szt. | 4052199298337 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,08 | 37,61 | 37,61 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,28 |
| 433 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm² | 1 szt. | 4052199298337 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,08 | 37,61 | 37,61 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 434 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm² | 1 szt. | 4052199298412 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,50 | 59,38 | 59,38 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,81 |
| 435 | Emplastri microfibricum cellulosae | Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm² | 1 szt. | 4052199298412 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,50 | 59,38 | 59,38 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 436 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm² | 1 szt. | 5000223415587 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 7,61 | 9,14 | 3,26 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,86 |
| 437 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm² | 1 szt. | 5000223415587 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 7,61 | 9,14 | 3,26 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,88 |
| 438 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm² | 1 szt. | 5000223415594 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 14,85 | 17,79 | 6,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,32 |
| 439 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm² | 1 szt. | 5000223415594 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 14,85 | 17,79 | 6,39 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 11,40 |
| 440 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm² | 1 szt. | 5000223416799 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 22,67 | 27,09 | 10,56 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,70 |
| 441 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm² | 1 szt. | 5000223416799 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 22,67 | 27,09 | 10,56 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 16,53 |
| 442 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm² | 1 szt. | 5000223426705 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 9,07 | 10,56 | 2,96 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,49 |
| 443 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm² | 1 szt. | 5000223426705 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 9,07 | 10,56 | 2,96 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 444 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5000223415846 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 4,50 | 5,46 | 2,09 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,00 |
| 445 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5000223415846 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 4,50 | 5,46 | 2,09 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,37 |
| 446 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x20 cm² | 1 szt. | 5000223416775 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 8,64 | 10,54 | 4,17 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,62 |
| 447 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x20 cm² | 1 szt. | 5000223416775 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 8,64 | 10,54 | 4,17 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,37 |
| 448 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5000223415853 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 18,36 | 21,99 | 8,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,15 |
| 449 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5000223415853 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 18,36 | 21,99 | 8,34 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 13,65 |
| 450 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm² | 1 szt. | 5000223426736 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 23,54 | 27,89 | 10,09 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,83 |
| 451 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm² | 1 szt. | 5000223426736 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 23,54 | 27,89 | 10,09 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 17,80 |
| 452 | Emplastri polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 10x550 cm² | 1 szt. | 0724004611832 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 96,31 | 114,69 | 114,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 34,41 |
| 453 | Emplastri polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 10x550 cm² | 1 szt. | 0724004611832 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 96,31 | 114,69 | 114,69 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 454 | Emplastri polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 7,62x550 cm² | 1 szt. | 0724004611818 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 73,40 | 89,28 | 87,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 28,11 |
| 455 | Emplastri polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 7,62x550 cm² | 1 szt. | 0724004611818 | 2019-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 73,40 | 89,28 | 87,39 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,89 |
| 456 | Emplastri polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm² | 1 szt. | 0724004611870 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 96,31 | 114,69 | 114,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 34,41 |
| 457 | Emplastri polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm² | 1 szt. | 0724004611870 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 96,31 | 114,69 | 114,69 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 458 | Emplastri polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm² | 1 szt. | 0724004611856 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 73,40 | 89,28 | 87,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 28,11 |
| 459 | Emplastri polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm² | 1 szt. | 0724004611856 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 73,40 | 89,28 | 87,39 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 460 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm² | 1 szt. | 4056649683094 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,18 | 13,13 | 13,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,94 |
| 461 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm² | 1 szt. | 4056649683124 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 13,93 | 19,25 | 19,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,78 |
| 462 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm² | 1 szt. | 4056649683186 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,41 | 27,30 | 27,30 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,19 |
| 463 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm² | 1 szt. | 4056649683216 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 36,83 | 47,16 | 47,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,15 |
| 464 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63.75 cm² | 1 szt. | 4056649683155 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,92 | 8,63 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,62 |
| 465 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm² | 1 szt. | 4056649683308 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,18 | 13,13 | 13,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,94 |
| 466 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm² | 1 szt. | 4056649917687 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 51,30 | 64,23 | 64,23 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,27 |
| 467 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm² | 1 szt. | 4056649917700 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,20 | 22,10 | 22,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,63 |
| 468 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297.5 cm² | 1 szt. | 4056649917663 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 27,64 | 35,97 | 35,97 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,79 |
| 469 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, na okolicę krzyżową sterylny, 18x20,5 cm, opatrunek, 18x20,5 cm² | 1 szt. | 4021447031002 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 18,79 | 22,26 | 7,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,88 |
| 470 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, nieprzylepna, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 4021447013183 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 12,10 | 14,36 | 4,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,08 |
| 471 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 4021447013343 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 5,29 | 6,28 | 2,09 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,82 |
| 472 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 4021447013367 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 10,80 | 12,99 | 4,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,71 |
| 473 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 7,5x7,5 cm, opatrunek, 7,5x7,5 cm² | 1 szt. | 4021447013329 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 4,21 | 4,83 | 1,17 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,01 |
| 474 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Aqvitox D, żel, 48 g | 1 szt. | 8588002628283 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 21,60 | 26,66 | 14,52 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 475 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Aqvitox D, żel, 48 g | 1 szt. | 8588002628283 | 2018-11-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 21,60 | 26,66 | 14,52 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,14 |
| 476 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Granugel - żel hydrokoloidowy EAN: 0768455057290/768455157266, żel, 15 g | 15 g (tuba) | 0768455057290 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 9,00 | 11,00 | 4,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,82 |
| 477 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Granugel - żel hydrokoloidowy EAN: 0768455057290/768455157266, żel, 15 g | 15 g (tuba) | 0768455057290 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 9,00 | 11,00 | 4,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,46 |
| 478 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g | 15 g | 5701780645317 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,86 | 10,85 | 4,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,67 |
| 479 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g | 15 g | 5701780645317 | 2019-01-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,86 | 10,85 | 4,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,31 |
| 480 | Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu | Keto-Diastix, test paskowy | 50 szt. | 5016003288302 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu | 12,74 | 17,56 | 17,56 | Cukrzyca | | 30% | 5,27 |
| 481 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Abra, test paskowy | 50 pasków | 5907581253625 | 2019-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,59 | 38,21 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,32 |
| 482 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Abra, test paskowy | 50 pasków | 5907581253625 | 2019-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,59 | 38,21 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,55 |
| 483 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Active, test paskowy | 50 pasków | 4015630056316 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,70 | 38,33 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,44 |
| 484 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Active, test paskowy | 50 pasków | 4015630056316 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,70 | 38,33 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,67 |
| 485 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Instant, test paskowy | 100 szt. | 4015630067732 | 2021-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 58,97 | 72,61 | 72,61 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 486 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Instant, test paskowy | 100 szt. | 4015630067732 | 2021-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 58,97 | 72,61 | 72,61 | Cukrzyca | | 30% | 21,78 |
| 487 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Performa, test paskowy | 50 szt. | 4015630980987 | 2019-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,59 | 38,21 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,32 |
| 488 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Performa, test paskowy | 50 szt. | 4015630980987 | 2019-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,59 | 38,21 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,55 |
| 489 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | BTM SuperCheck 1, test paskowy | 50 pasków (2 fiol. po 25 szt.) | 4719932588185 | 2019-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,65 | 36,17 | 36,17 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 490 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | BTM SuperCheck 1, test paskowy | 50 pasków (2 fiol. po 25 szt.) | 4719932588185 | 2019-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,65 | 36,17 | 36,17 | Cukrzyca | | 30% | 10,85 |
| 491 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | CareSens N, test paskowy | 50 szt. | 8809126640358 | 2019-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,73 | 37,32 | 37,32 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 492 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | CareSens N, test paskowy | 50 szt. | 8809126640358 | 2019-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,73 | 37,32 | 37,32 | Cukrzyca | | 30% | 11,20 |
| 493 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Cera-Chek 1 Code, test paskowy | 50 pasków | 8809242521845 | 2019-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,62 | 37,19 | 37,19 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 494 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Cera-Chek 1 Code, test paskowy | 50 pasków | 8809242521845 | 2019-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,62 | 37,19 | 37,19 | Cukrzyca | | 30% | 11,16 |
| 495 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour Plus, test paskowy | 50 szt. | 5016003763403 | 2018-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 30,62 | 39,29 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 4,40 |
| 496 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour Plus, test paskowy | 50 szt. | 5016003763403 | 2018-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 30,62 | 39,29 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 12,63 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 497 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour TS paski testowe, test paskowy | 50 szt. | 5016003183904 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 30,62 | 39,29 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 4,40 |
| 498 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour TS paski testowe, test paskowy | 50 szt. | 5016003183904 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 30,62 | 39,29 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 12,63 |
| 499 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | D+, test paskowy | 50 szt. | 0858745005961 | 2019-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,06 | 36,06 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 500 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | D+, test paskowy | 50 szt. | 0858745005961 | 2019-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,06 | 36,06 | Cukrzyca | | 30% | 10,82 |
| 501 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Diagnostic Gold Strip, test paskowy | 50 szt. | 5906881862681 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,70 | 38,33 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,44 |
| 502 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Diagnostic Gold Strip, test paskowy | 50 szt. | 5906881862681 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,70 | 38,33 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,67 |
| 503 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Diagomat Strip, test paskowy | 50 szt. | 5906881862957 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,46 | 38,07 | 38,07 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 504 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Diagomat Strip, test paskowy | 50 szt. | 5906881862957 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,46 | 38,07 | 38,07 | Cukrzyca | | 30% | 11,42 |
| 505 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | DIAVUE ToGo, test paskowy | 50 szt. | 4716022053035 | 2018-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,92 | 34,36 | 34,36 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 506 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | DIAVUE ToGo, test paskowy | 50 szt. | 4716022053035 | 2018-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,92 | 34,36 | 34,36 | Cukrzyca | | 30% | 10,31 |
| 507 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Eusure Test Paskowy, test paskowy | 50 szt. | 5907814464033 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,97 | 36,51 | 36,51 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 508 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Eusure Test Paskowy, test paskowy | 50 szt. | 5907814464033 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,97 | 36,51 | 36,51 | Cukrzyca | | 30% | 10,95 |
| 509 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Evercare, test paskowy | 50 pasków | 5904378480035 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,16 | 37,76 | 37,76 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 510 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Evercare, test paskowy | 50 pasków | 5904378480035 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,16 | 37,76 | 37,76 | Cukrzyca | | 30% | 11,33 |
| 511 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Everchek, test paskowy | 50 szt. | 5904378480356 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,62 | 36,62 | 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 | Everchek, test paskowy | 50 szt. | 5904378480356 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,62 | 36,62 | Cukrzyca | | 30% | 10,99 |
| 513 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Examedin® Fast, test paskowy | 50 szt. | 5902802701848 | 2020-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,40 | 36,96 | 36,96 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 514 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Examedin® Fast, test paskowy | 50 szt. | 5902802701848 | 2020-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,40 | 36,96 | 36,96 | Cukrzyca | | 30% | 11,09 |
| 515 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | G-BIO, test paskowy | 50 szt. | 8800028000004 | 2017-09-01 | 5 lat | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,62 | 36,62 | 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 | G-BIO, test paskowy | 50 szt. | 8800028000004 | 2017-09-01 | 5 lat | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,62 | 36,62 | Cukrzyca | | 30% | 10,99 |
| 517 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GensuCare, test paskowy | 50 szt. | 8809301161135 | 2021-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,00 | 35,49 | 35,49 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 518 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GensuCare, test paskowy | 50 szt. | 8809301161135 | 2021-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,00 | 35,49 | 35,49 | Cukrzyca | | 30% | 10,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 519 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucocard 01 Sensor, test paskowy | 50 szt. | 4987486785590 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,21 | 37,81 | 37,81 | 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 | Glucocard 01 Sensor, test paskowy | 50 szt. | 4987486785590 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,21 | 37,81 | 37,81 | Cukrzyca | | 30% | 11,34 |
| 521 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucocard Vital Test Strip, test paskowy | 50 pasków | 5028939000101 | 2019-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,60 | 37,17 | 37,17 | 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 | Glucocard Vital Test Strip, test paskowy | 50 pasków | 5028939000101 | 2019-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,60 | 37,17 | 37,17 | Cukrzyca | | 30% | 11,15 |
| 523 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GlucoDr. auto/GlucoDr. auto A, test paskowy | 50 szt. | 8806128340125 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,57 | 37,14 | 37,14 | 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 | GlucoDr. auto/GlucoDr. auto A, test paskowy | 50 szt. | 8806128340125 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,57 | 37,14 | 37,14 | Cukrzyca | | 30% | 11,14 |
| 525 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucomaxx, test paskowy | 50 szt. | 5903111882327 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,97 | 38,61 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,72 |
| 526 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucomaxx, test paskowy | 50 szt. | 5903111882327 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,97 | 38,61 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,95 |
| 527 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosense, test paskowy | 50 szt. | 5908222562274 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,27 | 37,87 | 37,87 | 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 | Glucosense, test paskowy | 50 szt. | 5908222562274 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,27 | 37,87 | 37,87 | Cukrzyca | | 30% | 11,36 |
| 529 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosure HT, test paskowy | 50 szt. | 4713648760811 | 2017-03-01 | 5 lat | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,62 | 36,62 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 530 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosure HT, test paskowy | 50 szt. | 4713648760811 | 2017-03-01 | 5 lat | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,62 | 36,62 | Cukrzyca | | 30% | 10,99 |
| 531 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | iXell, test paskowy, test paskowy | 50 szt. | 5908222562632 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,70 | 38,33 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,44 |
| 532 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | iXell, test paskowy, test paskowy | 50 szt. | 5908222562632 | 2019-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,70 | 38,33 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,67 |
| 533 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Microdot, test paskowy | 50 szt. | 5060141250035 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,06 | 36,06 | 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 | Microdot, test paskowy | 50 szt. | 5060141250035 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,06 | 36,06 | Cukrzyca | | 30% | 10,82 |
| 535 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Multisure GK paski testowe do pomiaru stężenia glukozy we krwi, test paskowy | 50 szt. | 4713648760507 | 2017-05-01 | 5 lat | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,62 | 36,62 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 536 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Multisure GK paski testowe do pomiaru stężenia glukozy we krwi, test paskowy | 50 szt. | 4713648760507 | 2017-05-01 | 5 lat | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,62 | 36,62 | Cukrzyca | | 30% | 10,99 |
| 537 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | OKmeter Core, test paskowy | 50 szt. | 4712803561836 | 2018-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,92 | 34,36 | 34,36 | 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 | OKmeter Core, test paskowy | 50 szt. | 4712803561836 | 2018-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,92 | 34,36 | 34,36 | Cukrzyca | | 30% | 10,31 |
| 539 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | One Touch Select Plus, test paskowy | 50 szt. | 7613427012759 | 2019-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,48 | 38,09 | 38,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 540 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | One Touch Select Plus, test paskowy | 50 szt. | 7613427012759 | 2019-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,48 | 38,09 | 38,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 541 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Optium Xido, test paskowy | 50 szt. | 5021791707249 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,16 | 37,76 | 37,76 | 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 | Optium Xido, test paskowy | 50 szt. | 5021791707249 | 2019-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,16 | 37,76 | 37,76 | Cukrzyca | | 30% | 11,33 |
| 543 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Rightest GS100, test paskowy | 50 szt. (2 opak.po 25 szt.) | 4710627333462 | 2019-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 24,84 | 33,22 | 33,22 | 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 | Rightest GS100, test paskowy | 50 szt. (2 opak.po 25 szt.) | 4710627333462 | 2019-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 24,84 | 33,22 | 33,22 | Cukrzyca | | 30% | 9,97 |
| 545 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 100 szt. | 5907814464705 | 2020-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 55,08 | 68,52 | 68,52 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 6,40 |
| 546 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 100 szt. | 5907814464705 | 2020-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 55,08 | 68,52 | 68,52 | Cukrzyca | | 30% | 20,56 |
| 547 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 50 szt. | 5907814464934 | 2019-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,06 | 36,06 | 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 | 2019-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,06 | 36,06 | Cukrzyca | | 30% | 10,82 |
| 549 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Wellion SymPhar, test paskowy | 50 pasków | 9120015788258 | 2018-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,11 | 37,71 | 37,71 | 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 | Wellion SymPhar, test paskowy | 50 pasków | 9120015788258 | 2018-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,11 | 37,71 | 37,71 | Cukrzyca | | 30% | 11,31 |

## B. Leki 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 | 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** |
| 1 | Abemaciclibum | Verzenios, tabl. powl., 100 mg | 70 szt. | 05014602500986 | 2020-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 12336,30 | 12953,12 | 12953,12 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 2 | Abemaciclibum | Verzenios, tabl. powl., 150 mg | 70 szt. | 05014602500993 | 2020-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 12336,30 | 12953,12 | 12953,12 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 3 | Abemaciclibum | Verzenios, tabl. powl., 50 mg | 70 szt. | 05014602500979 | 2020-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 12336,30 | 12953,12 | 12953,12 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 4 | Abirateroni acetas | Zytiga, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909991307080 | 2020-01-01 | 2 lata | 1121.0, Octan abirateronu | 13392,00 | 14061,60 | 14061,60 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 5 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg | 1 amp.-strzyk. 0,4 ml | 08715131019761 | <1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 499,54 | 524,52 | 400,33 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 6 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 amp.-strzyk. 0,8 ml | 08715131019808 | <1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1998,17 | 2098,08 | 1601,32 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 7 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,8 ml | 08715131019792 | 2019-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1998,17 | 2098,08 | 1601,32 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 8 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 6 amp.-strzyk. 0,8 ml | 08715131019754 | 2019-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 5994,52 | 6294,25 | 4803,96 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 9 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 6 wstrzykiwaczy 0,8 ml | 08715131019747 | 2019-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 5994,52 | 6294,25 | 4803,96 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 10 | Adalimumabum | Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 amp.-strz. + 2 gaziki | 08054083011905 | 2019-09-01 | 2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 2455,11 | 2577,87 | 1601,32 | B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 11 | Adalimumabum | Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 amp.-strz. + 2 gaziki nasączone alkoholem | 05909990005055 | <1>2020-03-01/<2><3>2019-03-01/<4>2018-09-01/<5>2019-09-01 | <5>2 lata/<1><2><3><4>3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 2455,11 | 2577,87 | 1601,32 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 12 | Adalimumabum | Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 wstrz. + 2 gaziki | 08054083011912 | 2019-09-01 | 2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 2455,11 | 2577,87 | 1601,32 | B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 13 | Adalimumabum | Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg | 2 amp. - strzyk. z zabezpieczeniem | 07613421020897 | <1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1944,00 | 2041,20 | 1601,32 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 14 | Adalimumabum | Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg | 2 wstrzykiwacze | 07613421020880 | <1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1944,00 | 2041,20 | 1601,32 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 15 | Adalimumabum | Idacio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 1 fiol. 0,8 ml + 1 strzyk. + 1 igła + 1 nasadka + 2 gaziki | 04052682034206 | 2020-03-01 | <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 762,53 | 800,66 | 800,66 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 16 | Adalimumabum | Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg | 2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki | 04052682034213 | 2020-03-01 | <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1525,07 | 1601,32 | 1601,32 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 17 | Adalimumabum | Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki | 04052682034220 | 2020-03-01 | <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1525,07 | 1601,32 | 1601,32 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 18 | Adalimumabum | Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we ampułko-strzykawce, 40 mg | 2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki | 08809593170150 | <1>2021-01-01/<2><3><4><5>2019-01-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1944,00 | 2041,20 | 1601,32 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.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 | 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** |
| 19 | Adalimumabum | Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki | 08809593170167 | <1>2021-01-01/<2><3><4><5>2019-01-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1944,00 | 2041,20 | 1601,32 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 20 | Adefoviri dipivoxilum | Hepsera, tabl., 10 mg | 30 tabl. | 05909990009596 | 2019-07-01 | 3 lata | 1051.1, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - adefowir | 934,20 | 980,91 | 980,91 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 21 | Afatinib | Giotrif, tabl. powl., 20 mg | 28 tabl. | 05909991083397 | 2018-11-01 | 3 lata | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 7938,00 | 8334,90 | 8334,90 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 22 | Afatinib | Giotrif, tabl. powl., 30 mg | 28 tabl. | 05909991083434 | 2018-11-01 | 3 lata | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 7938,00 | 8334,90 | 8334,90 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 23 | Afatinib | Giotrif, tabl. powl., 40 mg | 28 tabl. | 05909991083465 | 2018-11-01 | 3 lata | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 7938,00 | 8334,90 | 8334,90 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 24 | Aflibercept | Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 1 fiol.a 0,1 ml | 03837000137095 | 2019-05-01 | 3 lata | 1133.0, Aflibercept | 2808,00 | 2948,40 | 2948,40 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 25 | Aflibercept | Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 05909991039400 | 2019-07-01 | 2 lata | 1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept | 1395,14 | 1464,90 | 1464,90 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 26 | Aflibercept | Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 8 ml | 05909991039462 | 2019-07-01 | 2 lata | 1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept | 2790,29 | 2929,80 | 2929,80 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 27 | Agalsidasum alfa | Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. 3,5 ml | 05909990999514 | 2019-09-01 | 2 lata | 1191.1, Agalzydaza alfa | 6080,40 | 6384,42 | 6384,42 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 28 | Agalsidasum beta | Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg | 1 fiol. | 05909990971213 | 2019-09-01 | 2 lata | 1191.2, Agalzydaza beta | 11980,03 | 12579,03 | 12579,03 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 29 | Agalsidasum beta | Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg | 1 fiol. | 05909990013654 | 2019-09-01 | 2 lata | 1191.2, Agalzydaza beta | 1711,43 | 1797,00 | 1797,00 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 30 | Alectinibum | Alecensa, kaps. twarde, 150 mg | 224 szt. | 05902768001143 | 2019-07-01 | 2 lata | 1190.0, Alectinib | 22826,62 | 23967,95 | 23967,95 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 31 | Alemtuzumabum | Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg | 1 fiol. | 05909991088156 | 2021-01-01 | 2 lata | 1160.0, Alemtuzumab | 30038,04 | 31539,94 | 31539,94 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 32 | Alglucosidasum alfa | Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 20 ml | 05909990623853 | 2021-03-01 | 3 lata | 1052.0, Alglucosidase alfa | 1892,16 | 1986,77 | 1986,77 | B.22. | bezpłatny | 0 zł |
| 33 | Alirocumabum | Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg | 2 wstrzykiwacze | 05909991236618 | 2020-11-01 | 2 lata | 1181.0, Alirocumab | 1778,11 | 1867,02 | 1867,02 | B.101. | bezpłatny | 0 zł |
| 34 | Anakinrum | Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml | 7 amp.-strz. po 0,67 ml | 07350031442090 | 2021-05-01 | 2 lata | 1153.0, Anakinra | 859,46 | 902,43 | 902,43 | B.86. | bezpłatny | 0 zł |
| 35 | Apomorphini hydrochloridum hemihydricum | Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 5 fiol.a 20 ml | 05909991247904 | 2020-09-01 | 2 lata | 1177.0, Apomorfina | 846,72 | 889,06 | 889,06 | B.90. | bezpłatny | 0 zł |
| 36 | Atezolizumabum | Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg | 1 fiol.a 20 ml | 05902768001167 | 2021-01-01 | 2 lata | 1183.0, Atezolizumab | 19389,24 | 20358,70 | 20358,70 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 37 | Avelumabum | Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 04054839462153 | 2021-05-01 | 2 lata | 1223.0, Awelumab | 3996,00 | 4195,80 | 4195,80 | B.117. | bezpłatny | 0 zł |
| 38 | Axitinibum | Inlyta, tabl. powl., 1 mg | 56 szt. | 05909991004439 | 2021-03-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1122.0, Aksytynib | 3275,64 | 3439,42 | 3439,42 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 39 | Axitinibum | Inlyta, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991004460 | 2021-03-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1122.0, Aksytynib | 16374,96 | 17193,71 | 17193,71 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 40 | Baricitinibum | Olumiant, tabl. powl., 4 mg | 35 szt. | 03837000170825 | 2019-09-01 | 2 lata | 1192.0, Baricytynib | 5194,85 | 5454,59 | 5454,59 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 41 | Benralizumab | Fasenra, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg | 1 amp.-strz. a 1 ml | 05000456031516 | 2019-11-01 | 2 lata | 1199.0, Benralizumab | 9828,00 | 10319,40 | 10319,40 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 42 | Betainum anhydricum | Cystadane, proszek doustny, 1 g | 180 g | 05909990031900 | 2020-01-01 | 3 lata | 1084.0, Betaine anhydrous | 1728,00 | 1814,40 | 1814,40 | B.21. | bezpłatny | 0 zł |
| 43 | Bevacizumabum | Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990010486 | <1>2019-07-01/<2>2021-03-01/<3>2021-05-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1171,80 | 1230,39 | 568,53 | <1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.116. | bezpłatny | 0 zł |
| 44 | Bevacizumabum | Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml | 1 fiol.po 16 ml | 05909990010493 | <1>2019-07-01/<2>2021-03-01/<3>2021-05-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 4687,20 | 4921,56 | 2274,12 | <1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.116. | bezpłatny | 0 zł |
| 45 | Bevacizumabum | Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 08715131021870 | 2021-01-01 | 3 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 2165,83 | 2274,12 | 2274,12 | B.4.; B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 46 | Bevacizumabum | Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 08715131021863 | 2021-01-01 | 3 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 541,46 | 568,53 | 568,53 | B.4.; B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 47 | Bevacizumabum | Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 05415062349342 | 2021-03-01 | 3 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 2181,60 | 2290,68 | 2274,12 | B.4.; B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 48 | Bevacizumabum | Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05415062349359 | 2021-03-01 | 3 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 545,40 | 572,67 | 568,53 | B.4.; B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 49 | Bexarotenum | Targretin, kaps. miękkie, 75 mg | 100 szt. | 05909990213504 | 2021-01-01 | 3 lata | 1129.0, Beksaroten | 3844,80 | 4037,04 | 4037,04 | B.66. | bezpłatny | 0 zł |
| 50 | Binimetinib | Mektovi, tabl. powl., 15 mg | 84 szt. | 03573994003922 | 2020-09-01 | 2 lata | 1214.0, Binimetynib | 11688,98 | 12273,43 | 12273,43 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 51 | Blinatumomabum | Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg | 1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml | 05909991256371 | 2021-01-01 | 2 lata | 1188.0, Blinatumomab | 9984,83 | 10484,07 | 10484,07 | B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 52 | Bosentanum | Bopaho, tabl. powl., 125 mg | 56 tabl. | 05909991102869 | 2018-09-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 1404,00 | 1474,20 | 1474,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 53 | Bosentanum | Bopaho, tabl. powl., 62,5 mg | 56 tabl. | 05909991102807 | 2018-09-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 702,00 | 737,10 | 737,10 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 54 | Bosentanum | Bosentan Sandoz GmbH, tabletki powlekane, 125 mg | 56 tabl. | 05907626708004 | 2018-09-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 1404,00 | 1474,20 | 1474,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 55 | Bosutinibum | Bosulif, tabletki powlekane, 100 mg | 28 tabl. | 05909991056841 | 2019-07-01 | 2 lata | 1163.0, Bosutynib | 2671,35 | 2804,92 | 2804,92 | B.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 56 | Bosutinibum | Bosulif, tabletki powlekane, 500 mg | 28 tabl. | 05909991056865 | 2019-07-01 | 2 lata | 1163.0, Bosutynib | 13356,77 | 14024,61 | 14024,61 | B.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 57 | Brentuximabum vedotinum | Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol. | 05909991004545 | 2020-09-01 | 2 lata | 1142.0, Brentuksymab vedotin | 13100,40 | 13755,42 | 13755,42 | B.66; B.77. | bezpłatny | 0 zł |
| 58 | Brigatinib | Alunbrig, tabl. powl., 180 mg | 28 szt. | 07038319119956 | 2020-09-01 | 2 lata | 1209.0, Brygatynib | 20840,07 | 21882,07 | 21882,06 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 59 | Brigatinib | Alunbrig, tabl. powl., 90 mg | 28 szt. | 07038319119963 | 2020-09-01 | 2 lata | 1209.0, Brygatynib | 10420,03 | 10941,03 | 10941,03 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 60 | Brigatinib | Alunbrig, tabl. powl., 90 mg | 7 szt. | 07038319120112 | 2020-09-01 | 2 lata | 1209.0, Brygatynib | 5210,02 | 5470,52 | 2735,26 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 61 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powi., 20 mg | 30 szt. | 03582186003947 | <1>2021-05-01/<2>2020-09-01 | 2 lata | 1175.0, Kabozantynib | 28252,80 | 29665,44 | 14832,72 | <1>B.5.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 62 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 03582186003954 | <1>2021-05-01/<2>2020-09-01 | 2 lata | 1175.0, Kabozantynib | 28252,80 | 29665,44 | 29665,44 | <1>B.5.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 63 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 03582186003961 | <1>2021-05-01/<2>2020-09-01 | 2 lata | 1175.0, Kabozantynib | 28252,80 | 29665,44 | 29665,44 | <1>B.5.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 64 | Ceritinibum | Zykadia, kaps. twarde, 150 mg | 150 szt. | 05909991220075 | 2020-01-01 | 2 lata | 1197.0, Cerytynib | 21089,56 | 22144,04 | 22144,04 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 65 | Certolizumabum pegol | Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml | 2 amp.-strz. | 05909990734894 | <1><2><3><5>2019-09-01/<4>2021-01-01 | <1>3 lata/<2><3><4><5>2 lata | 1104.0, Certolizumab pegol | 3018,06 | 3168,96 | 3168,96 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 66 | Cetuximabum | Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990035946 | <1>2021-03-01/<2>2020-03-01 | 2 lata | 1057.0, Cetuximab | 3828,60 | 4020,03 | 4020,03 | <1>B.4.; <2>B.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 67 | Cetuximabum | Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990035922 | <1>2021-03-01/<2>2020-03-01 | 2 lata | 1057.0, Cetuximab | 765,72 | 804,01 | 804,01 | <1>B.4.; <2>B.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 68 | Cinacalcetum | Cinacalcet Accord, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909991256654 | 2019-05-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 324,00 | 340,20 | 340,20 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 69 | Cinacalcetum | Cinacalcet Accord, tabl. powl., 60 mg | 28 szt. | 05909991256685 | 2019-05-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 648,00 | 680,40 | 680,40 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 70 | Cinacalcetum | Cinacalcet Accord, tabl. powl., 90 mg | 28 szt. | 05909991256715 | 2019-05-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 972,00 | 1020,60 | 1020,60 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 71 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909990016297 | 2019-07-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 629,05 | 660,50 | 340,20 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 72 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powl., 60 mg | 28 szt. | 05909990016341 | 2019-07-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 1201,54 | 1261,62 | 680,40 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 73 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powl., 90 mg | 28 szt. | 05909990016389 | 2019-07-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 1778,11 | 1867,02 | 1020,60 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 74 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 1 szt. | 04054839365331 | 2019-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 9876,60 | 10370,43 | 10370,43 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 75 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 4 szt. | 04054839365348 | 2019-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 39506,40 | 41481,72 | 41481,72 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 76 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 6 szt. | 04054839365355 | 2019-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 59259,60 | 62222,58 | 62222,58 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 77 | Cobimetinibum | Cotellic, tabl. powl., 20 mg | 63 szt. | 05902768001136 | 2021-03-01 | 3 lata | 1158.0, Kobimetynib | 21600,00 | 22680,00 | 22680,00 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 78 | Crizotinibum | Xalkori, kaps. twarde, 200 mg | 60 szt. | 05909991004484 | 2021-01-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1151.0, Kryzotynib | 18587,23 | 19516,59 | 19516,59 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 79 | Crizotinibum | Xalkori, kaps. twarde, 250 mg | 60 szt. | 05909991004507 | 2021-01-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1151.0, Kryzotynib | 23234,04 | 24395,74 | 24395,74 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 80 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg | 120 szt. | 05909991078591 | 2021-01-01 | 2 lata | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 17794,08 | 18683,78 | 18683,78 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 81 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991078584 | 2021-01-01 | 2 lata | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 4151,95 | 4359,55 | 4359,55 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 82 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg | 120 szt. | 05909991078645 | 2021-01-01 | 2 lata | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 26691,12 | 28025,68 | 28025,68 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 83 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991078607 | 2021-01-01 | 2 lata | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 6227,93 | 6539,33 | 6539,33 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 84 | Daratumumabum | Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05909991275235 | 2019-07-01 | 2 lata | 1187.0, Daratumumab | 7589,81 | 7969,30 | 7969,30 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 85 | Daratumumabum | Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991275228 | 2019-07-01 | 2 lata | 1187.0, Daratumumab | 1897,45 | 1992,32 | 1992,32 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 86 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990738779 | 2019-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 136,08 | 142,88 | 142,88 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 87 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990738793 | 2019-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 204,12 | 214,33 | 214,33 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 88 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990738847 | 2019-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 272,16 | 285,77 | 285,77 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 89 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990738861 | 2019-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 340,20 | 357,21 | 357,21 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 90 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990738885 | 2019-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 408,24 | 428,65 | 428,65 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 91 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990671601 | <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 14009,68 | 14710,16 | 14710,16 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 92 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powl., 140 mg | 30 szt. | 05909990818655 | <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 19613,56 | 20594,24 | 20594,24 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 93 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990621323 | <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 5603,87 | 5884,06 | 5884,06 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 94 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909990621354 | <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 14009,68 | 14710,16 | 14710,16 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 95 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990818631 | <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 11207,74 | 11768,13 | 11768,13 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 96 | Dimethylis fumaras | Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg | 14 kaps. | 00646520415445 | 2020-09-01 | 2 lata | 1145.0, Fumaran dimetylu | 1021,68 | 1072,76 | 1072,76 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 97 | Dimethylis fumaras | Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg | 56 kaps. | 00646520415452 | 2020-09-01 | 2 lata | 1145.0, Fumaran dimetylu | 4086,72 | 4291,06 | 4291,06 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 98 | Dinutuximab beta | Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml | 1 fiol.po 4,5 ml | 05060146291736 | 2020-09-01 | 2 lata | 1208.0, Dinutuksymab beta | 39580,62 | 41559,65 | 41559,65 | B.110. | bezpłatny | 0 zł |
| 99 | Durvalumabum | Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.a 10 ml | 05000456031493 | 2021-01-01 | 2 lata | 1218.0, Durwalumab | 9828,00 | 10319,40 | 10319,40 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 100 | Durvalumabum | Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.a 2,4 ml | 05000456031486 | 2021-01-01 | 2 lata | 1218.0, Durwalumab | 2358,72 | 2476,66 | 2476,66 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 101 | Eculizumabum | Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. 30 ml | 05909990643776 | 2020-01-01 | 2 lata | 1171.0, Ekulizumab | 18361,08 | 19279,13 | 19279,13 | B.95. | bezpłatny | 0 zł |
| 102 | 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 | 2020-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 2883,60 | 3027,78 | 3027,78 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 103 | 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 | 2020-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 4325,40 | 4541,67 | 4541,67 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 104 | 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 | 2020-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 5767,20 | 6055,56 | 6055,56 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 105 | 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 | 2020-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 720,90 | 756,95 | 756,95 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 106 | 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 | 2020-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 8650,80 | 9083,34 | 9083,34 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 107 | 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 | 2020-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1441,80 | 1513,89 | 1513,89 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 108 | 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 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 4644,00 | 4876,20 | 2812,32 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 109 | 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 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 9288,00 | 9752,40 | 5624,64 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 110 | 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 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 1161,00 | 1219,05 | 703,08 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 111 | 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 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 13932,00 | 14628,60 | 8436,96 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 112 | 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 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 2322,00 | 2438,10 | 1406,16 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 113 | Elbasvirum + Grazoprevirum | Zepatier, tabl. powl., 50+100 mg | 28 szt. | 05901549325102 | 2021-05-01 | 3 lata | 1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir | 43092,00 | 45246,60 | 45246,60 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 114 | Eliglustatum | Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg | 56 szt. | 05909991205942 | 2020-03-01 | 2 lata | 1204.0, Eliglustat | 85644,00 | 89926,20 | 89926,20 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 115 | Eltrombopagum | Revolade, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909990748204 | 2021-03-01 | 2 lata | 1172.0, Eltrombopag | 3218,23 | 3379,14 | 3379,14 | B.97.; B.98. | bezpłatny | 0 zł |
| 116 | Eltrombopagum | Revolade, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990748235 | 2021-03-01 | 2 lata | 1172.0, Eltrombopag | 6436,45 | 6758,27 | 6758,27 | B.97.; B.98. | bezpłatny | 0 zł |
| 117 | Encorafenibum | Braftovi, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 03573994003939 | 2020-09-01 | 2 lata | 1213.0, Enkorafenib | 3433,32 | 3604,99 | 3069,36 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 118 | Encorafenibum | Braftovi, kaps. twarde, 75 mg | 42 szt. | 03573994003946 | 2020-09-01 | 2 lata | 1213.0, Enkorafenib | 6577,20 | 6906,06 | 6906,06 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 119 | Entecavirum | Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 0,5 mg | 30 szt. | 05909991363734 | 2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 91,79 | 96,38 | 96,38 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 120 | Entecavirum | Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05909991363826 | 2020-01-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 183,58 | 192,76 | 192,76 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 121 | Entecavirum | Entecavir Polpharma, tabl. powl., 0,5 mg | 30 szt. | 05909991337957 | <1>2021-01-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 410,40 | 430,92 | 430,92 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 122 | Entecavirum | Entecavir Polpharma, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05909991337971 | 2021-01-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 820,80 | 861,84 | 861,84 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 123 | Entecavirum | Entecavir Synoptis, tabletki powlekane, 0,5 mg | 30 szt. | 05909991347451 | <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 91,80 | 96,39 | 96,39 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 124 | Entecavirum | Entecavir Synoptis, tabletki powlekane, 1 mg | 30 szt. | 05909991347468 | 2019-07-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 183,60 | 192,78 | 192,78 | B.1. | 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 | 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** |
| 125 | Entecavirum | Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 0,5 mg | 30 tabl. | 05909991369576 | <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 91,80 | 96,39 | 96,39 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 126 | Entecavirum | Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 1 mg | 30 tabl. | 05909991369590 | 2019-03-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 183,60 | 192,78 | 192,78 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 127 | Entecavirum | Entekavir Adamed , tabl. powl., 0,5 mg | 30 szt. | 05906414003123 | <1>2021-03-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 361,80 | 379,89 | 379,89 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 128 | Entecavirum | Entekavir Adamed , tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05906414003130 | 2021-03-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 723,60 | 759,78 | 759,78 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 129 | Entecavirum monohydricum | Entecavir Accord, tabl. powl., 0,5 mg | 30 szt. | 05055565742532 | <1>2021-01-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 215,95 | 226,75 | 226,75 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 130 | Entecavirum monohydricum | Entecavir Accord, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05055565742549 | 2021-01-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 431,89 | 453,48 | 453,48 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 131 | Enzalutamidum | Xtandi, kapsułka miękka, 40 mg | 112 kaps. | 05909991080938 | 2019-09-01 | 2 lata | 1168.0, Enzalutamid | 13296,96 | 13961,81 | 13961,81 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 132 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml | 6 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990072378 | 2019-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 162,00 | 170,10 | 170,10 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 133 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml | 6 amp-strz.po 1 ml | 05909990072392 | 2019-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 324,00 | 340,20 | 340,20 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 134 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml | 6 amp-strz.po 0,3 ml | 05909990072439 | 2019-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 486,00 | 510,30 | 510,30 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 135 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml | 6 amp-strz.po 0,4 ml | 05909990072453 | 2019-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 648,00 | 680,40 | 680,40 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 136 | Epoprostenolum | Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg | 1 fiol. | 05909991089085 | 2020-11-01 | 3 lata | 1130.0, Epoprostenol | 94,28 | 98,99 | 98,99 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 137 | Epoprostenolum | Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg | 1 fiol. | 05909991089092 | 2020-11-01 | 3 lata | 1130.0, Epoprostenol | 282,85 | 296,99 | 296,99 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 138 | Etanerceptum | Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg | 4 amp.-strzyk. 0,51 ml | 08809593170983 | 2019-05-01 | 3 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 1137,24 | 1194,10 | 1077,30 | B.33.; B.35.; B.36.; B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 139 | Etanerceptum | Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg | 4 amp.-wstrz.po 1 ml | 08809593170969 | 2019-05-01 | 3 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2274,48 | 2388,20 | 2154,60 | B.33.; B.35.; B.36.; B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 140 | Etanerceptum | Benepali, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg | 4 wstrz.po 1 ml | 08809593170976 | 2019-05-01 | 3 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2274,48 | 2388,20 | 2154,60 | B.33.; B.35.; B.36.; B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 141 | 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 | 2019-09-01 | 3 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 550,80 | 578,34 | 430,92 | B.33. | 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 | 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** |
| 142 | Etanerceptum | Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików | 05909990777938 | <1><2><3>2019-09-01/<4>2018-11-01/<5>2021-01-01 | <1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 1377,00 | 1445,85 | 1077,30 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 143 | Etanerceptum | Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg | 4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem | 05909990618255 | <1><2><3>2019-07-01/<4>2018-11-01/<5>2020-09-01 | <1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2754,00 | 2891,70 | 2154,60 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 144 | Etanerceptum | Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg | 4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem | 05909990712755 | <1><2><3>2019-07-01/<4>2018-11-01/<5>2020-09-01 | <1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2754,00 | 2891,70 | 2154,60 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 145 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg | 4 amp.-strzyk. 0,5 ml | 09002260025770 | <1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 1026,00 | 1077,30 | 1077,30 | <1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 146 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg | 4 amp.-strzyk. | 09002260025794 | <1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2052,00 | 2154,60 | 2154,60 | <1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 147 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg | 4 wstrzykiwacze 1 ml | 09002260025787 | <1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2052,00 | 2154,60 | 2154,60 | <1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 148 | Everolimusum | Afinitor, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990711598 | <1>2019-07-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 14580,00 | 15309,00 | 8505,00 | <1>B.10.; <2>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 149 | Everolimusum | Afinitor, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990711567 | <1>2019-07-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 10476,00 | 10999,80 | 4252,50 | <1>B.10.; <2>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 150 | Everolimusum | Everolimus Accord, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991383596 | 2019-03-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 8100,00 | 8505,00 | 8505,00 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 151 | Everolimusum | Everolimus Accord, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909991383480 | 2019-03-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 2025,00 | 2126,25 | 2126,25 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 152 | Everolimusum | Everolimus Accord, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991383565 | 2019-03-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 4050,00 | 4252,50 | 4252,50 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 153 | Everolimusum | Everolimus Stada, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991372538 | 2019-05-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 4903,20 | 5148,36 | 5148,36 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 154 | Everolimusum | Everolimus Stada, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991372545 | 2019-05-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 14709,60 | 15445,08 | 15445,08 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 155 | Everolimusum | Everolimus Stada, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991372514 | 2019-05-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 2451,60 | 2574,18 | 2574,18 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 156 | Everolimusum | Everolimus Stada, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909991372521 | 2019-05-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 7354,80 | 7722,54 | 7722,54 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 157 | Everolimusum | Votubia, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990900602 | 2021-05-01 | 2 lata 4 miesiące | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 14580,00 | 15309,00 | 15309,00 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 158 | Everolimusum | Votubia, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990900565 | 2021-05-01 | 2 lata 4 miesiące | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 5238,00 | 5499,90 | 5499,90 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 159 | Everolimusum | Votubia, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990900589 | 2021-05-01 | 2 lata 4 miesiące | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 10476,00 | 10999,80 | 10999,80 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 160 | Evolocumabum | Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg | 2 wstrzykiwacze | 05909991224370 | 2020-11-01 | 2 lata | 1198.0, Ewolokumab | 1700,14 | 1785,15 | 1785,15 | B.101. | bezpłatny | 0 zł |
| 161 | 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 | 2019-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 1902,96 | 1998,11 | 1998,11 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 162 | 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 | 2019-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 951,48 | 999,05 | 999,05 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 163 | Factor IX coagulationis humanus | Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. | 05909990799374 | 2019-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 1846,80 | 1939,14 | 1665,09 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 164 | Factor IX coagulationis humanus | Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. | 05909990799367 | 2019-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 923,40 | 969,57 | 832,55 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 165 | 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 | 2019-11-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 1846,80 | 1939,14 | 1494,61 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 166 | 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 | 2019-11-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 923,40 | 969,57 | 747,31 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 167 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol. | 1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji | 05909990573615 | 2019-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 1423,44 | 1494,61 | 1494,61 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 168 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol. | 1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji | 05909990573554 | 2019-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 355,86 | 373,65 | 373,65 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 169 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol. | 1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji | 05909990573561 | 2019-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 711,72 | 747,31 | 747,31 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 170 | Factor VIII coagulationis humanus | Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. (1000 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania | 05909990825349 | 2019-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 1846,80 | 1939,14 | 1494,61 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 171 | Factor VIII coagulationis humanus | Octanate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. (250 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania | 05909990825301 | 2019-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 461,70 | 484,79 | 373,65 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 172 | Factor VIII coagulationis humanus | Octanate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. (500 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania | 05909990825332 | 2019-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 923,40 | 969,57 | 747,31 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 173 | Fingolimodum | Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg | 28 kaps. | 05909990856480 | 2020-03-01 | 2 lata | 1105.0, Fingolimod | 6789,42 | 7128,89 | 7128,89 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 174 | Glatirameri acetas | Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 28 amp-strzyk. | 05909990017065 | 2020-09-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetas | 3240,00 | 3402,00 | 2447,17 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 175 | Glatirameri acetas | Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 12 amp.-strz.po 1 ml | 05909991216382 | 2019-11-01 | 3 lata | 1061.0, Glatirameri acetas | 3510,00 | 3685,50 | 2097,57 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 176 | Glatirameri acetas | Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 28 amp.-strz. po 1 ml | 05909991282882 | 2020-11-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetas | 2330,64 | 2447,17 | 2447,17 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 177 | Glatirameri acetas | Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/ml | 12 amp.-strz.po 1 ml | 05909991353926 | 2020-09-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetas | 1998,00 | 2097,90 | 2097,57 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 178 | Glecaprevirum + Pibrentasvirum | Maviret, tabl. powl., 100+40 mg | 84 szt. | 08054083015927 | 2020-09-01 | 2 lata | 1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir | 53222,40 | 55883,52 | 55883,52 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 179 | Golimumabum | Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg | 1 wstrzykiwacz | 05909990717187 | 2019-09-01 | 3 lata | 1050.4, blokery TNF - golimumab | 2772,63 | 2911,26 | 2911,26 | B.33.; B.35.; B.36. | bezpłatny | 0 zł |
| 180 | Guselkumabum | Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 1 amp.-strzyk.po 1 ml | 05413868113006 | 2020-09-01 | 2 lata | 1212.0, Guselkumab | 9720,00 | 10206,00 | 10206,00 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 181 | Ibrutinibum | Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg | 90 szt. | 05909991195137 | 2021-01-01 | 2 lata | 1166.0, Ibrutynib | 23328,00 | 24494,40 | 24494,40 | B.92. | bezpłatny | 0 zł |
| 182 | Idursulfasum | Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 3 ml | 05909990053742 | 2020-01-01 | 3 lata | 1062.0, Idursulfase | 10464,31 | 10987,53 | 10987,53 | B.25. | 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 | 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** |
| 183 | Iloprostum | Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml | 42 szt. | 05908229300633 | 2019-01-01 | 3 lata | 1063.0, Iloprost | 1801,25 | 1891,31 | 1891,31 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 184 | Iloprostum | Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml | 30 amp.po 1 ml | 05909990609079 | 2019-07-01 | 3 lata | 1063.0, Iloprost | 1350,00 | 1417,50 | 1417,50 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 185 | Imatinibum | Glivec, tabl. powl., 100 mg | 120 tabl. | 05909990010356 | 2018-09-01 | 3 lata | 1064.0, Imatynib | 8976,00 | 9424,80 | 9424,80 | B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 186 | Imatinibum | Glivec, tabl. powl., 400 mg | 90 szt. | 05909990010349 | 2018-07-01 | 3 lata | 1064.0, Imatynib | 26928,00 | 28274,40 | 28274,40 | B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 187 | Imiglucerasum | Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m. | 1 fiol. | 05909990943012 | 2019-07-01 | 3 lata | 1065.0, Imiglucerasum | 5797,75 | 6087,64 | 6087,64 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 188 | Immunoglobulinum humanum | Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990797868 | <1>2019-01-01/<2><3>2019-05-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 810,00 | 850,50 | 850,50 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 189 | Immunoglobulinum humanum | Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 05909990797875 | <1>2019-07-01/<2><3>2019-05-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1620,00 | 1701,00 | 1701,00 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 190 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990869572 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 410,40 | 430,92 | 429,55 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 191 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990869657 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 820,80 | 861,84 | 859,09 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 192 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990869541 | <1>2019-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 205,20 | 215,46 | 214,77 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 193 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991067380 | <1>2019-07-01/<2>2020-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 2052,00 | 2154,60 | 2147,73 | <1>B.62.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 194 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990725793 | <1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2052,00 | 2154,60 | 2154,60 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 195 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 05909990725809 | <1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 4104,00 | 4309,20 | 4309,20 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 196 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990725823 | <1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 513,00 | 538,65 | 538,65 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 197 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 400 ml | 05909991078676 | <1>2018-11-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 8208,00 | 8618,40 | 8618,40 | <1>B.62.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 198 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990725786 | <1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1026,00 | 1077,30 | 1077,30 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 199 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05909991292898 | <1>2017-11-01/<2>2020-11-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 410,40 | 430,92 | 429,55 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 200 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05909991292874 | <1>2017-11-01/<2>2020-11-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 820,80 | 861,84 | 859,09 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 201 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 40 ml | 05909991292904 | <1>2017-11-01/<2>2020-11-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 1641,60 | 1723,68 | 1718,18 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 202 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991292881 | <1>2017-11-01/<2>2020-11-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 205,20 | 215,46 | 214,77 | <1>B.17.; <2>B.62. | 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 | 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** |
| 203 | Immunoglobulinum humanum normale | Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990729883 | <1>2019-01-01/<2>2019-11-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 337,50 | 354,38 | 354,38 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 204 | Immunoglobulinum humanum normale | Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990729944 | <1>2019-11-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 675,00 | 708,75 | 708,75 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 205 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991072896 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 1998,00 | 2097,90 | 2097,90 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 206 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 05909991072902 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 3996,00 | 4195,80 | 4195,80 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 207 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909991072872 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 499,50 | 524,48 | 524,48 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 208 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 300 ml | 05909991072926 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 5994,00 | 6293,70 | 6293,70 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 209 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991072889 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 999,00 | 1048,95 | 1048,95 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 210 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05909990425143 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 205,20 | 215,46 | 215,46 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 211 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 100 ml | 05909990425174 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2052,00 | 2154,60 | 2154,60 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 212 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 200 ml | 05909990425181 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 4104,00 | 4309,20 | 4309,20 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 213 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 25 ml | 05909990425150 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 513,00 | 538,65 | 538,65 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 214 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 300 ml | 05909990782208 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 6156,00 | 6463,80 | 6463,80 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 215 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 50 ml | 05909990425167 | <1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1026,00 | 1077,30 | 1077,30 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 216 | Immunoglobulinum humanum normale | Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 butelka 100 ml | 05909991268480 | 2017-05-01 | 5 lat | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1620,00 | 1701,00 | 1701,00 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 217 | Immunoglobulinum humanum normale | Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 butelka 200 ml | 05909991268473 | 2017-05-01 | 5 lat | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 3240,00 | 3402,00 | 3402,00 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 218 | Immunoglobulinum humanum normale | Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 butelka 300 ml | 05909991268459 | 2017-05-01 | 5 lat | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 4860,00 | 5103,00 | 5103,00 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 219 | Immunoglobulinum humanum normale | Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 butelka 50 ml | 05909991268497 | 2017-05-01 | 5 lat | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 810,00 | 850,50 | 850,50 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 220 | Immunoglobulinum humanum normale | Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 butelka 60 ml | 05909991268503 | 2017-05-01 | 5 lat | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 972,00 | 1020,60 | 1020,60 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 221 | Immunoglobulinum humanum normale | Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05909991268466 | 2017-05-01 | 5 lat | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 162,00 | 170,10 | 170,10 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 222 | Immunoglobulinum humanum normale | Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 25 ml | 05909991268510 | 2017-05-01 | 5 lat | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 405,00 | 425,25 | 425,25 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 223 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji | 05909990049875 | <1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 793,80 | 833,49 | 833,49 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 224 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 20 ml | 05909990049868 | 2019-01-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 158,76 | 166,70 | 166,70 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 225 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji | 05909990049882 | <1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1587,60 | 1666,98 | 1666,98 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 226 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji | 05909990049851 | <1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 396,90 | 416,75 | 416,75 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 227 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Octagam, roztwór do infuzji, 10 g/200 ml | 1 but.po 200 ml | 05909990762712 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2007,12 | 2107,48 | 2107,48 | <1>B.17.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 228 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Octagam, roztwór do infuzji, 2,5 g/50 ml | 1 but.po 50 ml | 05909990762514 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 501,78 | 526,87 | 526,87 | <1>B.17.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 229 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Octagam, roztwór do infuzji, 5 g/100 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990762613 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1003,56 | 1053,74 | 1053,74 | <1>B.17.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 230 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 but.po 100 ml | 05909990763887 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2007,12 | 2107,48 | 2107,48 | <1>B.17.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 231 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990763863 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 401,43 | 421,50 | 421,50 | <1>B.17.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 232 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990763894 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 4014,23 | 4214,94 | 4214,94 | <1>B.17.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 233 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 but.po 50 ml | 05909990763870 | <1>2019-01-01/<2>2019-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1003,56 | 1053,74 | 1053,74 | <1>B.17.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 234 | Infliximabum | Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05713219492751 | <1>2021-05-01/<2><3><4><5><6>2019-05-01 | 3 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 939,60 | 986,58 | 782,46 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 235 | Infliximabum | Inflectra, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05909991078881 | 2019-01-01 | 3 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 988,20 | 1037,61 | 782,46 | <1>B.33.; <2> B.35.; <3> B.36. | bezpłatny | 0 zł |
| 236 | Infliximabum | Remicade, proszek do sporządzania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 0,1 g | 1 fiol.po 20 ml | 05909990900114 | <1><2><3>2019-07-01/<4>2019-03-01 | 3 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 1436,40 | 1508,22 | 782,46 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.32. | bezpłatny | 0 zł |
| 237 | Infliximabum | Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05909991086305 | <1><3><4>2019-01-01/<5>2019-07-01/<2><6>2021-01-01 | 3 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 745,20 | 782,46 | 782,46 | <1>B.33.; <2>B.32.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6> B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 238 | Infliximabum | Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 07613421020903 | <1><6>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01 | 3 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 810,00 | 850,50 | 782,46 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 239 | Inotuzumabum ozogamicini | Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg | 1 fiol. proszku | 05907636977193 | 2021-01-01 | 2 lata | 1219.0, Inotuzumab ozogamycyny | 42973,20 | 45121,86 | 45121,86 | B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 240 | Interferon beta-1b | Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg | 15 zest. | 05909990619375 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.5, Interferonum beta 1b | 2674,08 | 2807,78 | 2807,78 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 241 | Interferonum beta-1a | Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml | 4 amp.-strz. + 4 igły | 05909990008148 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg | 2928,68 | 3075,11 | 3075,11 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 242 | Interferonum beta-1a | Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml | 4 wstrz. | 05909991001407 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg | 2928,68 | 3075,11 | 3075,11 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 243 | Interferonum beta-1a | Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml | 12 amp.-strz.a 0,5 ml | 05909990874934 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg | 3855,60 | 4048,38 | 4048,38 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 244 | Interferonum beta-1a | Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml | 4 wkł.a 1,5 ml | 05909990728497 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg | 3855,60 | 4048,38 | 4048,38 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 245 | Ipilimumabum | Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990872442 | 2020-09-01 | 10 miesięcy | 1124.0, Ipilimumab | 14462,94 | 15186,09 | 15186,09 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 246 | Ipilimumabum | Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990872459 | 2020-09-01 | 10 miesięcy | 1124.0, Ipilimumab | 57851,76 | 60744,35 | 60744,35 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 247 | Ivacaftorum | Kalydeco, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 00351167104606 | 2020-11-01 | 2 lata | 1216.0, Iwakaftor | 67176,00 | 70534,80 | 70534,80 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 248 | Ivacaftorum | Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg | 56 szt. | 00351167112205 | 2020-11-01 | 2 lata | 1216.0, Iwakaftor | 67176,00 | 70534,80 | 70534,80 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 249 | Ivacaftorum | Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg | 56 szt. | 00351167113103 | 2020-11-01 | 2 lata | 1216.0, Iwakaftor | 67176,00 | 70534,80 | 70534,80 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 250 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg | 3 szt. | 03400930077696 | 2021-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 17944,20 | 18841,41 | 18841,41 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 251 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg | 3 szt. | 03400930077719 | 2021-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 17944,20 | 18841,41 | 18841,41 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 252 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg | 3 szt. | 03400930077726 | 2021-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 17944,20 | 18841,41 | 18841,41 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 253 | Ixekizumabum | Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml | 2 wstrzykiwacze 1 ml | 05909991282950 | <1>2021-01-01/<2>2020-11-01 | 2 lata | 1184.0, Iksekizumab | 9280,85 | 9744,89 | 9744,89 | <1>B.35.; <2>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 254 | Karfilzomib | Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg | 1 fiol. | 05909991298463 | 2021-05-01 | 2 lata | 1189.0, Karfilzomib | 728,28 | 764,69 | 764,69 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 255 | Ketoanalogi aminokwasów | Ketosteril, tabl. powl., 630 mg | 100 szt. | 05909990338511 | 2021-03-01 | 2 lata | 1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami | 169,70 | 178,19 | 178,19 | B.113. | bezpłatny | 0 zł |
| 256 | Lamivudinum | Lamivudine Mylan, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991259907 | 2020-01-01 | 3 lata | 1067.0, Lamivudinum | 90,72 | 95,26 | 95,26 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 257 | Lamivudinum | Zeffix, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990479610 | 2019-01-01 | 3 lata | 1067.0, Lamivudinum | 121,47 | 127,54 | 95,26 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 258 | Lapatynibum | Tyverb, tabl. powl., 250 mg | 140 szt. | 05909990851973 | 2021-05-01 | 2 lata | 1068.0, Lapatynib | 6457,49 | 6780,36 | 6780,36 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 259 | Lapatynibum | Tyverb, tabl. powl., 250 mg | 70 szt. | 05909990851966 | 2021-05-01 | 2 lata | 1068.0, Lapatynib | 3228,75 | 3390,19 | 3390,19 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 260 | Laronidasum | Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990005673 | 2019-07-01 | 3 lata | 1069.0, Laronidasum | 2304,72 | 2419,96 | 2419,96 | B.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 261 | L-carnitine | L-karnityna, proszek, 1 g | 50 sasz. | 05016533045017 | 2020-03-01 | 2 lata | 1205.0, L-Karnityna | 2187,87 | 2297,26 | 2297,26 | B.109. | bezpłatny | 0 zł |
| 262 | Ledipasvirum + Sofosbuvirum | Harvoni, tabl. powl., 90+400 mg | 28 szt. | 05391507141217 | 2019-11-01 | 3 lata | 1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir | 56158,92 | 58966,87 | 58966,87 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 263 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909990086702 | <1>2019-03-01/<2>2021-01-01 | 3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 14276,96 | 14990,81 | 14990,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | 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 | 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** |
| 264 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 15 mg | 21 kaps. | 05909990086764 | 2019-03-01 | 3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 15059,12 | 15812,08 | 15812,08 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 265 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 25 mg | 21 kaps. | 05909990086771 | 2019-03-01 | 3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 16564,76 | 17393,00 | 17393,00 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 266 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909990086696 | <1>2019-03-01/<2>2021-01-01 | 3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 13616,86 | 14297,70 | 14297,70 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 267 | Levodopum + Carbidopum | Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml | 1 szt. (7 kasetek po 100 ml) | 05909990419135 | 2021-05-01 | 3 lata | 1162.0, Lewodopa, karbidopa | 2773,53 | 2912,21 | 2912,21 | B.90. | bezpłatny | 0 zł |
| 268 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326111 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 2268,00 | 2381,40 | 2381,40 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 269 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326128 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 3402,00 | 3572,10 | 3572,10 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 270 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326135 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 4536,00 | 4762,80 | 4762,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 271 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326098 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 567,00 | 595,35 | 595,35 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 272 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326142 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 5670,00 | 5953,50 | 5953,50 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 273 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326159 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 6804,00 | 7144,20 | 7144,20 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 274 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326104 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1134,00 | 1190,70 | 1190,70 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 275 | Macytentan | Opsumit, tabl. powl., 10 mg | 30 tabl. | 07640111931133 | 2019-09-01 | 3 lata | 1139.0, Macytentan | 10277,90 | 10791,80 | 10791,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 276 | Mecaserminum | Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990076024 | 2020-09-01 | 3 lata | 1071.0, Mecasermine | 2664,93 | 2798,18 | 2798,18 | B.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 277 | Mepolizumabum | Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg | 1 ampułko-strzykawka | 05909991407148 | 2019-11-01 | 2 lata | 1167.0, Mepolizumab | 4212,00 | 4422,60 | 4422,60 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 278 | Mepolizumabum | Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05909991246617 | 2019-11-01 | 2 lata | 1167.0, Mepolizumab | 4212,00 | 4422,60 | 4422,60 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 279 | Mepolizumabum | Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg | 1 wstrzykiwacz | 05909991407018 | 2019-11-01 | 2 lata | 1167.0, Mepolizumab | 4212,00 | 4422,60 | 4422,60 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 280 | Midostaurinum | Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg | 112 szt. | 05909991341527 | 2021-05-01 | 2 lata | 1221.0, Midostauryna | 56190,48 | 59000,00 | 59000,00 | B.114.; B.115. | bezpłatny | 0 zł |
| 281 | Midostaurinum | Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg | 56 szt. | 05909991353995 | 2021-05-01 | 2 lata | 1221.0, Midostauryna | 28095,24 | 29500,00 | 29500,00 | B.114.; B.115. | bezpłatny | 0 zł |
| 282 | Migalastatum | Galafold, kaps. twarde, 123 mg | 14 szt. | 05909991390273 | 2020-11-01 | 2 lata | 1215.0, Migalastatum | 64570,89 | 67799,43 | 67799,43 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 283 | Natalizumabum | Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol.po 15 ml | 05909990084333 | 2020-09-01 | 2 lata | 1116.0, Natalizumab | 6156,00 | 6463,80 | 6463,80 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 284 | Nilotynibum | Tasigna, kaps. twarde, 200 mg | 112 szt. | 05909990073535 | 2020-11-01 | 3 lata | 1072.0, Nilotynib | 10588,46 | 11117,88 | 11117,88 | B.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 285 | Nintedanibum | Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05909991206444 | 2020-03-01 | 2 lata | 1173.0, Nintedanib | 5238,00 | 5499,90 | 5499,90 | B.87. | bezpłatny | 0 zł |
| 286 | Nintedanibum | Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg | 60 szt. | 05909991206468 | 2020-03-01 | 2 lata | 1173.0, Nintedanib | 9288,00 | 9752,40 | 9752,40 | B.87. | bezpłatny | 0 zł |
| 287 | Nintedanibum | Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg | 120 szt. | 05909991203894 | 2020-09-01 | 2 lata | 1178.0, Nintedanib - 2 | 9743,12 | 10230,28 | 10230,28 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 288 | Nintedanibum | Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05909991203887 | 2020-09-01 | 2 lata | 1178.0, Nintedanib - 2 | 6192,00 | 6501,60 | 5115,14 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 289 | Nintedanibum | Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg | 60 szt. | 05909991203900 | 2020-09-01 | 2 lata | 1178.0, Nintedanib - 2 | 9288,00 | 9752,40 | 7672,71 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 290 | Nitisinonum | Nitisinone MDK, kaps. twarde, 10 mg | 60 szt. | 05909991358334 | 2020-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 5212,35 | 5472,97 | 5472,95 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 291 | Nitisinonum | Nitisinone MDK, kaps. twarde, 2 mg | 60 szt. | 05909991358310 | 2020-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 1042,47 | 1094,59 | 1094,59 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 292 | Nitisinonum | Nitisinone MDK, kaps. twarde, 5 mg | 60 szt. | 05909991358327 | 2020-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 2606,18 | 2736,49 | 2736,48 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 293 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 10 mg | 60 kaps. | 05909990214778 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 6318,00 | 6633,90 | 5472,95 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 294 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 10 mg | 60 kaps. | 07350031442182 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 6318,00 | 6633,90 | 5472,95 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 295 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 2 mg | 60 kaps. | 05909990214754 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 1263,60 | 1326,78 | 1094,59 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 296 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 2 mg | 60 kaps. | 07350031442267 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 1263,60 | 1326,78 | 1094,59 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 297 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 20 mg | 60 kaps. | 05909991218133 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 12636,00 | 13267,80 | 10945,90 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 298 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 20 mg | 60 kaps. | 07350031441833 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 12636,00 | 13267,80 | 10945,90 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 299 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 5 mg | 60 kaps. | 05909990214761 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 3159,00 | 3316,95 | 2736,48 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 300 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 5 mg | 60 kaps. | 07350031442229 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 3159,00 | 3316,95 | 2736,48 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 301 | Nivolumabum | Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991220518 | <1><2><5>2020-09-01/<3>2019-09-01/<4>2021-01-01 | 2 lata | 1144.0, Niwolumab | 6388,86 | 6708,30 | 6708,30 | <1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.59.; <5>B.100. | bezpłatny | 0 zł |
| 302 | Nivolumabum | Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909991220501 | <1><2><5>2020-09-01/<3>2019-09-01/<4>2021-01-01 | 2 lata | 1144.0, Niwolumab | 2555,54 | 2683,32 | 2683,32 | <1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.59.; <5>B.100. | bezpłatny | 0 zł |
| 303 | Nonacog alfa | BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw | 05909990057207 | 2019-07-01 | 3 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 2669,76 | 2803,25 | 2803,25 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 304 | Nonacog alfa | BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw | 05909990057221 | 2019-07-01 | 3 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 5339,52 | 5606,50 | 5606,50 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 305 | Nonacog alfa | BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw | 05909990057184 | 2019-07-01 | 3 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 667,44 | 700,81 | 700,81 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 306 | Nonacog alfa | BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw | 05909990057191 | 2019-07-01 | 3 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 1334,88 | 1401,62 | 1401,62 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 307 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210120 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 2678,40 | 2812,32 | 2812,32 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 308 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210137 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 5356,80 | 5624,64 | 5624,64 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 309 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210090 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 669,60 | 703,08 | 703,08 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 310 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210144 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 8035,20 | 8436,96 | 8436,96 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 311 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210106 | 2019-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 1339,20 | 1406,16 | 1406,16 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 312 | Nusinersenum | Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg | 1 fiol. 5 ml | 05713219500975 | 2021-01-01 | 2 lata | 1185.0, Nusinersen | 325080,00 | 341334,00 | 341334,00 | B.102. | bezpłatny | 0 zł |
| 313 | Obinutuzumabum | Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 40 ml | 05902768001105 | <1>2020-01-01/<2>2020-09-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1148.0, Obinutuzumab | 11502,00 | 12077,10 | 12077,10 | <1>B.12.; <2>B.79. | bezpłatny | 0 zł |
| 314 | Ocrelizumabum | Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml | 10 ml | 05902768001174 | 2019-11-01 | 2 lata | 1201.0, Okrelizumab | 22499,64 | 23624,62 | 23624,62 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 315 | Octocog 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 | 2019-07-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 3067,20 | 3220,56 | 3220,56 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 316 | Octocog 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 4600,80 | 4830,84 | 4830,84 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 317 | Octocog 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 6134,40 | 6441,12 | 6441,12 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 318 | Octocog 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 766,80 | 805,14 | 805,14 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 319 | Octocog 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 9201,60 | 9661,68 | 9661,68 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 320 | Octocog 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1533,60 | 1610,28 | 1610,28 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 321 | Olaparibum | Lynparza, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05000456031325 | 2021-05-01 | 2 lata | 1149.0, Olaparyb | 10586,16 | 11115,47 | 11115,47 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 322 | Olaparibum | Lynparza, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05000456031318 | 2021-05-01 | 2 lata | 1149.0, Olaparyb | 10586,16 | 11115,47 | 11115,47 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 323 | Olaparibum | Lynparza, kaps. twarde, 50 mg | 448 szt. | 05902135480052 | 2020-09-01 | 3 lata | 1149.0, Olaparyb | 21172,32 | 22230,94 | 22230,94 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 324 | Omalizumabum | Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg | 1 amp.-strzyk. 1 ml | 05909990708406 | 2020-01-01 | 2 lata | 1102.0, Omalizumabum | 1404,00 | 1474,20 | 1474,20 | B.44.; B.107. | bezpłatny | 0 zł |
| 325 | Omalizumabum | Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml | 05909990708376 | 2020-01-01 | 2 lata | 1102.0, Omalizumabum | 702,00 | 737,10 | 737,10 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 326 | Osimertinibum | Tagrisso, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05000456012058 | 2021-01-01 | 2 lata | 1169.0, Ozymertynib | 24840,00 | 26082,00 | 13041,00 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 327 | Osimertinibum | Tagrisso, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05000456012065 | 2021-01-01 | 2 lata | 1169.0, Ozymertynib | 24840,00 | 26082,00 | 26082,00 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 328 | Paclitaxelum albuminatum | Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 100 mg | 05909990930265 | 2021-01-01 | 3 lata | 1032.1, Paclitaxelum albuminatum | 930,85 | 977,39 | 977,39 | B.85. | bezpłatny | 0 zł |
| 329 | Palbociclibum | Ibrance, kapsułki twarde, 100 mg | 21 szt. | 05907636977087 | 2019-09-01 | 2 lata | 1194.0, Palbocyklib | 9869,04 | 10362,49 | 10362,49 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 330 | Palbociclibum | Ibrance, kapsułki twarde, 125 mg | 21 szt. | 05907636977094 | 2019-09-01 | 2 lata | 1194.0, Palbocyklib | 9869,04 | 10362,49 | 10362,49 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 331 | Palbociclibum | Ibrance, kapsułki twarde, 75 mg | 21 szt. | 05907636977070 | 2019-09-01 | 2 lata | 1194.0, Palbocyklib | 9869,04 | 10362,49 | 7771,87 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 332 | Palivizumabum | Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 0,5 ml | 08054083006093 | 2020-03-01 | 2 lata | 1073.0, Palivizumab | 1585,71 | 1665,00 | 1665,00 | B.40. | bezpłatny | 0 zł |
| 333 | Palivizumabum | Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 1 ml | 08054083006109 | 2020-03-01 | 2 lata | 1073.0, Palivizumab | 3171,42 | 3329,99 | 3329,99 | B.40. | 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 | 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** |
| 334 | Panitumumabum | Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990646555 | 2020-11-01 | 2 lata | 1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab | 5184,00 | 5443,20 | 5443,20 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 335 | Panitumumabum | Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990646531 | 2020-11-01 | 2 lata | 1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 336 | Paricalcitolum | Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml | 5 fiol. | 05909990942022 | 2021-01-01 | 3 lata | 1131.0, Parykalcytol | 63,18 | 66,34 | 66,34 | B.69. | bezpłatny | 0 zł |
| 337 | Paricalcitolum | Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml | 5 fiol.a 1 ml | 04046241091243 | 2021-01-01 | 3 lata | 1131.0, Parykalcytol | 63,18 | 66,34 | 66,34 | B.69. | bezpłatny | 0 zł |
| 338 | Paricalcitolum | Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml | 5 fiol. a 1 ml | 05909990942060 | 2021-03-01 | 3 lata | 1131.0, Parykalcytol | 157,95 | 165,85 | 165,85 | B.69. | bezpłatny | 0 zł |
| 339 | Paricalcitolum | Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml | 5 fiol.a 1 ml | 04046241079906 | 2021-01-01 | 3 lata | 1131.0, Parykalcytol | 157,95 | 165,85 | 165,85 | B.69. | bezpłatny | 0 zł |
| 340 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 05909991200305 | 2020-09-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1174.0, Pasyreotyd | 10144,44 | 10651,66 | 10651,66 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 341 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 05909991200312 | 2020-09-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1174.0, Pasyreotyd | 10404,72 | 10924,96 | 10924,96 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 342 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 05909991200336 | 2020-09-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1174.0, Pasyreotyd | 10864,80 | 11408,04 | 11408,04 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 343 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990764877 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 2235,60 | 2347,38 | 2347,38 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 344 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powl., 200 mg | 90 szt. | 05909990764884 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 6706,80 | 7042,14 | 7042,14 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 345 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990764891 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 4471,20 | 4694,76 | 4694,76 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 346 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powl., 400 mg | 60 szt. | 05909990764907 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 8942,40 | 9389,52 | 9389,52 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 347 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990984718 | <1><2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 534,79 | 561,53 | 561,53 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 348 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990984817 | <1><2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 707,99 | 743,39 | 743,39 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 349 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05902768001013 | <1>2021-03-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 348,32 | 365,74 | 365,74 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 350 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg | 2 amp.-strz.po 0,5 ml | 00646520442274 | 2020-09-01 | 2 lata | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 3075,12 | 3228,88 | 3228,88 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 351 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 00646520442113 | 2020-09-01 | 2 lata | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 3075,12 | 3228,88 | 3228,88 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 352 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg | 2 amp.-strz.po 0,5 ml | 00646520441970 | 2020-09-01 | 2 lata | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 3075,12 | 3228,88 | 2027,74 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 353 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 00646520437201 | 2020-09-01 | 2 lata | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 3075,12 | 3228,88 | 2027,74 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 354 | Pegvisomant | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg | 30 amp.-strzyk. | 05909990006281 | 2020-03-01 | 2 lata | 1203.0, Pegwisomant | 8316,00 | 8731,80 | 8731,80 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 355 | Pegvisomant | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg | 30 amp.-strzyk. | 05909990006298 | 2020-03-01 | 2 lata | 1203.0, Pegwisomant | 12474,00 | 13097,70 | 13097,70 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 356 | Pembrolizumabum | Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 05901549325126 | 2021-01-01 | 2 lata | 1143.0, Pembrolizumab | 14082,64 | 14786,77 | 14786,77 | B.6.; B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 357 | Pertuzumabum | Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. | 05902768001006 | 2019-09-01 | 2 lata | 1147.0, Pertuzumab | 11016,00 | 11566,80 | 11566,80 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 358 | Pirfenidonum | Esbriet, tabl. powl., 267 mg | 252 szt. | 05902768001181 | 2021-03-01 | 3 lata | 1156.0, Pirfenidon | 6966,00 | 7314,30 | 7314,30 | B.87. | bezpłatny | 0 zł |
| 359 | Pirfenidonum | Esbriet, tabl. powl., 267 mg | 63 szt. | 05902768001198 | 2021-03-01 | 3 lata | 1156.0, Pirfenidon | 1741,50 | 1828,58 | 1828,58 | B.87. | bezpłatny | 0 zł |
| 360 | Pirfenidonum | Esbriet, tabl. powl., 801 mg | 84 szt. | 05902768001211 | 2021-03-01 | 3 lata | 1156.0, Pirfenidon | 6966,00 | 7314,30 | 7314,30 | B.87. | bezpłatny | 0 zł |
| 361 | Pixantroni dimaleas | Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg | 1 fiol. | 05909991206475 | 2019-09-01 | 2 lata | 1165.0, Piksantron | 1779,35 | 1868,32 | 1868,32 | B.93. | bezpłatny | 0 zł |
| 362 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarda, 1 mg | 21 szt. | 05909991185589 | 2020-11-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 37074,24 | 38927,95 | 38927,95 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 363 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarda, 2 mg | 21 szt. | 05909991185596 | 2020-11-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 37074,24 | 38927,95 | 38927,95 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 364 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarda, 3 mg | 21 szt. | 05909991185602 | 2020-11-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 37074,24 | 38927,95 | 38927,95 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 365 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarda, 4 mg | 21 szt. | 05909991185619 | 2020-11-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 37074,24 | 38927,95 | 38927,95 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 366 | Ponatinibum | Iclusig, tabl. powl., 15 mg | 60 szt. | 07640159433613 | 2020-09-01 | 2 lata | 1207.0, Ponatynib | 25165,58 | 26423,86 | 26423,86 | B.14.; B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 367 | Ponatinibum | Iclusig, tabl. powl., 45 mg | 30 szt. | 07640159433637 | 2020-09-01 | 2 lata | 1207.0, Ponatynib | 25165,58 | 26423,86 | 26423,86 | B.14.; B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 368 | Radium dichloridum Ra223 | Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL | 1 fiol. 6 ml | 05908229300176 | 2019-11-01 | 2 lata | 1170.0, Dichlorek radu Ra-223 | 20335,32 | 21352,09 | 21352,09 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 369 | Ranibizumab | Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol. a 0,23 ml | 05909990000005 | 2020-01-01 | 3 lata | 1134.0, Ranibizumab | 3133,41 | 3290,08 | 3290,08 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 370 | Ribavirinum | Rebetol, kaps. twarde, 200 mg | 140 szt. | 05909990999828 | 2019-07-01 | 3 lata | 1075.0, Ribavirinum | 1577,26 | 1656,12 | 1656,12 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 371 | Ribociclibum | Kisqali, tabl. powl., 200 mg | 63 szt. | 05909991336769 | 2020-09-01 | 2 lata | 1195.0, Rybocyklib | 10267,32 | 10780,69 | 10780,69 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 372 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 0,5 mg | 42 szt. | 05908229300305 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 373 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 1 mg | 42 szt. | 05908229300336 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 374 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 1,5 mg | 42 szt. | 05908229300367 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 375 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 2 mg | 42 szt. | 05908229300398 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 376 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 2,5 mg | 42 szt. | 05908229300428 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 377 | Risankizumabum | Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml | 2 ampułko-strzykawki + 2 gaziki nasączone alkoholem | 08054083019277 | 2020-09-01 | 2 lata | 1211.0, Ryzankizumab | 15309,00 | 16074,45 | 16074,45 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 378 | Rituximabum | Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05996537003155 | 2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 1151,41 | 1208,98 | 1208,98 | <1>B.75. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 379 | Rituximabum | Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05996537002158 | 2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2878,52 | 3022,45 | 3022,45 | <1>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 380 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05909990418817 | <1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2444,04 | 2566,24 | 1208,98 | <1>B.33.; <2>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 381 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990418824 | <1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 6111,72 | 6417,31 | 3022,45 | <1>B.33.; <2>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 382 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 07613421032975 | 2019-11-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 1035,72 | 1087,51 | 1087,51 | <1>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 383 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 07613421032982 | 2019-11-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2589,30 | 2718,77 | 2718,77 | <1>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 384 | Romiplostimum | Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg | 1 fiol. proszku | 08715131018139 | 2020-09-01 | 2 lata | 1206.0, Romiplostym | 1266,49 | 1329,81 | 1329,81 | B.97.; B.98. | bezpłatny | 0 zł |
| 385 | Romiplostimum | Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg | 1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku | 05909990766994 | 2020-09-01 | 2 lata | 1206.0, Romiplostym | 2532,99 | 2659,64 | 2659,62 | B.97.; B.98. | bezpłatny | 0 zł |
| 386 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991053789 | 2021-01-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1152.0, Ruksolitynib | 17361,00 | 18229,05 | 18229,05 | B.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 387 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 20 mg | 56 szt. | 05909991053833 | 2021-01-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1152.0, Ruksolitynib | 17361,00 | 18229,05 | 18229,05 | B.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 388 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991053758 | 2021-01-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1152.0, Ruksolitynib | 8680,50 | 9114,53 | 9114,53 | B.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 389 | Sekukinumab | Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml | 2 amp.-strz.; 2 wstrz. | 05909991203832 | 2020-11-01 | 2 lata | 1180.0, Sekukinumab | 4464,99 | 4688,24 | 4688,24 | B.35.; B.36.; B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 390 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 1000 µg | 60 szt. | 07640111932796 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 66960,00 | 70308,00 | 70308,00 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 391 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 1200 µg | 60 szt. | 07640111932802 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 80352,00 | 84369,60 | 84369,60 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 392 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 1400 µg | 60 szt. | 07640111932819 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 93744,00 | 98431,20 | 98431,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 393 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 1600 µg | 60 szt. | 07640111932826 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 107136,00 | 112492,80 | 112492,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 394 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 200 µg | 140 szt. | 07640111932833 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 31248,00 | 32810,40 | 32810,40 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 395 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 200 µg | 60 szt. | 07640111932758 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 13392,00 | 14061,60 | 14061,60 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 396 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 400 µg | 60 szt. | 07640111932765 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 26784,00 | 28123,20 | 28123,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 397 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 600 µg | 60 szt. | 07640111932772 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 40176,00 | 42184,80 | 42184,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 398 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powl., 800 µg | 60 szt. | 07640111932789 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 53568,00 | 56246,40 | 56246,40 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 399 | Sildenafili citras | Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909991338015 | 2020-01-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 108,00 | 113,40 | 113,40 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 400 | Sildenafilum | Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05055565731932 | 2017-09-01 | 5 lat | 1076.0, Sildenafilum | 810,00 | 850,50 | 850,50 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 401 | Sildenafilum | Remidia, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05903060610545 | 2017-07-01 | 5 lat | 1076.0, Sildenafilum | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 402 | Sildenafilum | Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml | 1 butelka 32,27 g (112 ml zawiesiny) | 05909990967780 | 2020-11-01 | 2 lata | 1076.0, Sildenafilum | 893,52 | 938,20 | 705,60 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 403 | Sildenafilum | Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05909991355715 | 2021-05-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 216,00 | 226,80 | 226,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 404 | Sofosbuvirum + Velpatasvirum | Epclusa, tabl. powl., 400 + 100 mg | 28 szt. | 05391507142108 | 2020-09-01 | 2 lata | 1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuwir, velpataswir | 38016,00 | 39916,80 | 39916,80 | B.71. | 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 | 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** |
| 405 | Somatropinum | Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg | 5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml | 05909990887170 | <1>2019-01-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 5037,55 | 5289,43 | 5289,43 | <1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 406 | Somatropinum | Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg | 5 jednorazowych wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml | 05909990887095 | <1>2019-01-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 2224,92 | 2336,17 | 2336,16 | <1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 407 | Somatropinum | Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.) | 5 wkł.po 1,5 ml | 05909990072897 | <1>2019-07-01/<2>2019-01-01/<3>2020-11-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 3024,00 | 3175,20 | 3175,20 | <1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42; <2>B.64.; <3>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 408 | Somatropinum | Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.) | 5 wkł.po 1,5 ml | 05909990050161 | <1>2019-07-01/<2>2019-01-01/<3>2020-11-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 1512,00 | 1587,60 | 1587,60 | <1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42; <2>B.64.; <3>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 409 | Sorafenibum | Nexavar, tabl. powl., 200 mg | 112 szt. | 05909990588169 | <1>2018-07-01/<2>2017-11-01/<3>2019-07-01 | <2>5 lat/<1><3>3 lata | 1078.0, Sorafenib | 13651,74 | 14334,33 | 14334,33 | <1>B.3.; <2>B.5.; <3>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 410 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909990079377 | <1>2018-07-01/<2>2018-09-01/<3>2019-07-01/<4>2020-11-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 4786,56 | 5025,89 | 5025,89 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 411 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909990079384 | <1>2018-07-01/<2>2018-09-01/<3>2019-07-01/<4>2020-11-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 9573,12 | 10051,78 | 10051,78 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 412 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909990079391 | <1>2018-07-01/<2>2019-07-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 20293,37 | 21308,04 | 21308,04 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 413 | Temsirolimusum | Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp. | 05909990080663 | 2020-11-01 | 3 lata | 1150.0, Temsyrolimus | 2932,01 | 3078,61 | 3078,61 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 414 | Tenofoviri disoproxil | Ictady, tabletki powlekane, 245 mg | 30 tabl. | 05909991291457 | <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 129,60 | 136,08 | 136,08 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 415 | Tenofoviri disoproxil | Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg | 30 szt. | 05909991298708 | <1>2021-05-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 275,40 | 289,17 | 289,17 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 416 | Tenofovirum disoproxilum | Tenofovir disoproxil Accord, tabl. powl., 245 mg | 30 szt. | 05909991330026 | <1>2021-03-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 324,00 | 340,20 | 340,20 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 417 | Tenofovirum disoproxilum | Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg | 30 szt. | 05909991379704 | 2020-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 178,20 | 187,11 | 187,11 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 418 | Tenofovirum disoproxilum | Tenofovir disoproxil Mylan, tabletki powlekane, 245 mg | 30 tabl. | 05902020926801 | <1>2017-07-01/<2>2020-01-01 | <1>5 lat/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 945,00 | 992,25 | 992,25 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 419 | Tenofovirum disoproxilum | Tenofovir Polpharma, tabl. powl., 245 mg | 30 szt. | 05909991335533 | <1>2021-03-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 324,00 | 340,20 | 340,20 | <1>B.1.; <2>B.106. | 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 | 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** |
| 420 | Tenofovirum disoproxilum | Tenofovir Synoptis, tabletki powlekane, 245 mg | 30 szt. | 05909991374563 | <1>2019-09-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 118,80 | 124,74 | 124,74 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 421 | Teriflunomidum | Aubagio, tabl. powl., 14 mg | 28 szt. | 05909991088170 | 2021-05-01 | 2 lata | 1159.0, Teryflunomid | 2991,60 | 3141,18 | 3141,18 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 422 | Tobramycinum | Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml | 56 poj.po 4 ml | 05909990045976 | 2019-07-01 | 3 lata | 1081.0, Tobramycinum | 6037,20 | 6339,06 | 4876,20 | B.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 423 | Tobramycinum | Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml | 56 amp. 5 ml | 05909991308292 | 2021-03-01 | 3 lata | 1081.0, Tobramycinum | 4644,00 | 4876,20 | 4876,20 | B.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 424 | Tobramycinum | Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml | 56 amp. 5 ml | 05909991321444 | 2018-11-01 | 3 lata | 1081.0, Tobramycinum | 3024,00 | 3175,20 | 3175,20 | B.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 425 | Tocilizumabum | RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml | 4 amp.-strz. | 05902768001075 | 2020-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2948,40 | 3095,82 | 3095,82 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 426 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.a 10 ml | 05000471007046 | 2021-05-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 1053,00 | 1105,65 | 1105,65 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 427 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.a 20 ml | 05000471007053 | 2020-09-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2106,00 | 2211,30 | 2211,30 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 428 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05000471007039 | 2021-05-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 421,20 | 442,26 | 442,26 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 429 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990678259 | 2020-01-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 1053,00 | 1105,65 | 1105,65 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 430 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990678266 | 2020-01-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2106,00 | 2211,30 | 2211,30 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 431 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990678273 | 2020-01-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 421,20 | 442,26 | 442,26 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 432 | Tofacitinibum | Xeljanz, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05415062342800 | 2020-09-01 | 2 lata | 1193.0, Tofacytynib | 6193,64 | 6503,32 | 6503,32 | B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 433 | Tofacitinibum | Xeljanz, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05907636977100 | <1>2019-09-01/<2>2020-09-01 | 2 lata | 1193.0, Tofacytynib | 3096,82 | 3251,66 | 3251,66 | <1>B.33.; <2>B.35; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 434 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Botox , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 Jednostek Allergan | 1 fiol. | 05909990674817 | <1><2>2019-07-01/<3>2018-09-01/<4>2019-09-01 | 3 lata | 1055.2, toksyny botulinowe - 2 | 612,38 | 643,00 | 643,00 | <1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73. | bezpłatny | 0 zł |
| 435 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j. | 1 fiol.po 300 j. | 05909991072094 | 2019-01-01 | 3 lata | 1055.3, toksyny botulinowe - 3 | 676,51 | 710,34 | 710,34 | <1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 436 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j. | 1 fiol.po 500 j. | 05909990729227 | 2019-01-01 | 3 lata | 1055.3, toksyny botulinowe - 3 | 1127,52 | 1183,90 | 1183,90 | <1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 437 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j. | 1 fiol.po 100 j. (LD50) | 05909990643950 | <1>2019-07-01/<2>2020-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1055.1, toksyny botulinowe - 1 | 612,38 | 643,00 | 643,00 | <1>B.28.; <2>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 438 | Trabectedinum | Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg | 1 fiol. | 05909990635177 | 2017-09-01 | 5 lat | 1088.0, Trabectedin | 1797,18 | 1887,04 | 1887,04 | B.8. | bezpłatny | 0 zł |
| 439 | Trabectedinum | Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg | 1 fiol. | 05909990635184 | 2017-09-01 | 5 lat | 1088.0, Trabectedin | 7188,74 | 7548,18 | 7548,18 | B.8. | bezpłatny | 0 zł |
| 440 | Trametinibum | Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg | 30 szt. | 05909991141813 | 2021-01-01 | 2 lata | 1157.0, Trametynib | 5706,72 | 5992,06 | 5992,06 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 441 | Trametinibum | Mekinist, tabl. powl., 2 mg | 30 szt. | 05909991141851 | 2021-01-01 | 2 lata | 1157.0, Trametynib | 22826,88 | 23968,22 | 23968,22 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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 |
| 442 | Trastuzumabum | Herceptin, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol.po 15 ml | 05909990855919 | <1>2019-09-01/<2>2021-03-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 2678,40 | 2812,32 | 952,22 | <1>B.9.; <2>B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 443 | Trastuzumabum | Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg | 1 fiol. | 05902768001037 | 2019-09-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 6925,50 | 7271,78 | 2786,98 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 444 | Trastuzumabum | Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. proszku | 08806238000315 | 2019-03-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1598,40 | 1678,32 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 445 | Trastuzumabum | Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. proszku | 05996537004107 | 2019-07-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1527,12 | 1603,48 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 446 | Trastuzumabum | Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiolka po 20 ml | 08715131016982 | 2018-07-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 906,88 | 952,22 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 447 | Trastuzumabum | Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiolka po 50 ml | 08715131016975 | 2018-07-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 2539,25 | 2666,21 | 2666,21 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 448 | Trastuzumabum | Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. proszku 15 ml | 05901797710415 | 2019-07-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1458,00 | 1530,90 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 449 | Trastuzumabum | Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. proszku | 05901797710781 | 2020-03-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 3161,16 | 3319,22 | 2666,21 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 450 | Trastuzumabum | Ontruzant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. 15 ml | 08809593170006 | 2019-03-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1634,89 | 1716,63 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 451 | Trastuzumabum | Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. proszku | 05415062339176 | 2019-09-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1240,70 | 1302,74 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 452 | Trastuzumabum | Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. proszku | 05415062346655 | 2020-11-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 3126,60 | 3282,93 | 2666,21 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 453 | Trastuzumabum | Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. | 05055565766378 | 2021-01-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 972,00 | 1020,60 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 454 | Trastuzumabum emtansinum | Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05902768001044 | 2020-01-01 | 2 lata | 1082.1, Trastuzumab emtanzyna | 7760,88 | 8148,92 | 8148,92 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 455 | Trastuzumabum emtansinum | Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg | 1 fiol. proszku | 05902768001051 | 2020-01-01 | 2 lata | 1082.1, Trastuzumab emtanzyna | 12417,84 | 13038,73 | 13038,73 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 456 | Treprostynilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml | 1 szt. (1 fiol.po 20 ml) | 05909990046805 | 2019-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 9698,40 | 10183,32 | 5057,64 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 457 | Treprostynilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990046874 | 2021-05-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 45360,00 | 47628,00 | 47628,00 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 458 | Treprostynilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml | 1 szt. (1 fiol.po 20 ml) | 05909990046850 | 2019-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 23025,60 | 24176,88 | 12644,10 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 459 | Treprostynilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 szt. (1 fiol.po 20 ml) | 05909990046867 | 2019-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 41990,40 | 44089,92 | 25288,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 460 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418618 | 2020-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 2408,40 | 2528,82 | 2528,82 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 461 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418649 | 2020-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 24084,00 | 25288,20 | 25288,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 462 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418625 | 2020-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 6021,00 | 6322,05 | 6322,05 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 463 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418632 | 2020-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 12042,00 | 12644,10 | 12644,10 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 464 | Trifluridinum + Tipiracilum | Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg | 20 szt. | 05901571320618 | 2019-11-01 | 2 lata | 1196.0, Trifluridyna, tipiracil | 2290,66 | 2405,19 | 2405,19 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 465 | Trifluridinum + Tipiracilum | Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg | 60 szt. | 05901571320625 | 2019-11-01 | 2 lata | 1196.0, Trifluridyna, tipiracil | 6871,96 | 7215,56 | 7215,56 | B.4. | 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 | 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 |
| 466 | Trifluridinum + Tipiracilum | Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg | 20 szt. | 05901571320632 | 2019-11-01 | 2 lata | 1196.0, Trifluridyna, tipiracil | 3054,21 | 3206,92 | 3206,92 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 467 | Trifluridinum + Tipiracilum | Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg | 60 szt. | 05901571320649 | 2019-11-01 | 2 lata | 1196.0, Trifluridyna, tipiracil | 9162,61 | 9620,74 | 9620,74 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 468 | 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 | 2019-01-01 | 3 lata | 1070.0, analogi gonadoliberyny | 275,40 | 289,17 | 289,17 | B.18. | bezpłatny | 0 zł |
| 469 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol. | 05909991203399 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 2505,60 | 2630,88 | 2630,88 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 470 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol. | 05909991203405 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 3758,40 | 3946,32 | 3946,32 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 471 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol. | 05909991203412 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 5011,20 | 5261,76 | 5261,76 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 472 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol. | 05909991203375 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 626,40 | 657,72 | 657,72 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 473 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol. | 05909991203429 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 7516,80 | 7892,64 | 7892,64 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 474 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol. | 05909991203382 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1252,80 | 1315,44 | 1315,44 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 475 | Ustekinumabum | Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg | 1 fiolka (30ml) | 05909991307066 | 2020-01-01 | 2 lata | 1107.0, Ustekinumab | 26785,98 | 28125,28 | 28125,28 | B.32. | bezpłatny | 0 zł |
| 476 | Ustekinumabum | Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg | 1 amp-strz. | 05909997077505 | 2020-01-01 | 3 lata | 1107.0, Ustekinumab | 9967,47 | 10465,84 | 9735,67 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 477 | Ustekinumabum | Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg | 1 amp-strz. | 05909997077512 | 2020-01-01 | 2 lata | 1107.0, Ustekinumab | 18544,14 | 19471,35 | 19471,35 | B.32. | bezpłatny | 0 zł |
| 478 | Vandetanibum | Caprelsa, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990935437 | 2020-03-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1202.0, Wandetanib | 6490,80 | 6815,34 | 6225,66 | B.108. | bezpłatny | 0 zł |
| 479 | Vandetanibum | Caprelsa, tabl. powl., 300 mg | 30 szt. | 05909990935444 | 2020-03-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1202.0, Wandetanib | 17787,60 | 18676,98 | 18676,98 | B.108. | bezpłatny | 0 zł |
| 480 | Vedolizumabum | Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. proszku | 05909991138202 | <1>2019-11-01/<2>2020-09-01 | 2 lata | 1176.0, Wedolizumab | 6188,40 | 6497,82 | 6497,82 | <1>B.32.; <2>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 481 | Velaglucerasum alfa | Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m. | 1 fiol. | 05909990816774 | 2021-03-01 | 1 rok 4 miesiące | 1123.0, Welagluceraza alfa | 6436,80 | 6758,64 | 6758,64 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 482 | Vemurafenibum | Zelboraf, tabl. powl., 240 mg | 56 szt. | 05909990935581 | 2020-03-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1108.0, Wemurafenib | 6761,88 | 7099,97 | 7099,97 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 483 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 10 mg | 14 szt. | 08054083013688 | 2019-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 294,84 | 309,58 | 309,58 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 484 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 100 mg | 112 szt. | 08054083013916 | 2019-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 23587,20 | 24766,56 | 24766,56 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 485 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 100 mg | 14 szt. | 08054083013701 | 2019-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 2948,40 | 3095,82 | 3095,82 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 486 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 100 mg | 7 szt. | 08054083013695 | 2019-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 1474,20 | 1547,91 | 1547,91 | B.103. | 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 | 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** |
| 487 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 50 mg | 7 szt. | 08054083013718 | 2019-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 737,10 | 773,96 | 773,96 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 488 | Vismodegibum | Erivedge, kaps. twarde, 150 mg | 28 szt. | 05902768001020 | 2021-03-01 | 2 lata | 1155.0, Wismodegib | 17274,60 | 18138,33 | 18138,33 | B.88. | bezpłatny | 0 zł |

Załącznik B.1.

# LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B (ICD-10 B 18.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1.1. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy w wieku powyżej 3 lat, chorzy na przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu B, charakteryzujący się obecnością HBV DNA w surowicy oraz antygenu HBs przez czas dłuższy niż 6 miesięcy oraz spełniający poniższe kryteria:<br>1) poziom wiremii HBV DNA powyżej 2000 IU/mL<br>oraz<br>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<br>lub<br>3) zmiany histologiczne w wątrobie potwierdzające rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby<br>lub<br>4) sztywność tkanki wątrobowej wskazująca na znaczące włóknienie (>7,0 kPa) w badaniu elastograficznym wątroby.<br><br>1.2. Do programu są kwalifikowani przy stwierdzeniu wiremii HBV DNA (niezależnie od jego poziomu):<br>1) świadczeniobiorcy z marskością wątroby (świadczeniobiorcy z niewyrównaną marskością wątroby są leczeni w trybie pilnym);<br>2) świadczeniobiorcy oczekujący na przeszczep wątroby; | **1. Interferon**<br>Interferon pegylowany alfa-2a:<br>a) 90 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,<br>b) 135 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,<br>c) 180 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań;<br>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.<br><br>**2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydowe**<br>1) lamiwudyna:<br>- tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka;<br>2) entekawir:<br>a) tabletki po 0,5 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio nieleczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi,<br>b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi;<br>3) adefowir:<br>- tabletki po 10,0 mg - raz dziennie 1 tabletka; | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonem i analogami nukleozydów lub nukleotydów**<br>1) poziom wiremii HBV DNA,<br>2) oznaczenie antygenu HBs,<br>3) oznaczenie antygenu HBe,<br>4) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,<br>5) oznaczenie przeciwciał anty-HCV,<br>6) oznaczenie przeciwciał anty-HIV,<br>7) morfologia krwi,<br>8) oznaczenie poziomu ALT,<br>9) proteinogram,<br>10) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>11) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny,<br>12) USG jamy brzusznej,<br>13) biopsja wątroby – w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji,<br>14) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>przy kwalifikacji do leczenia interferonem dodatkowo:<br>1) oznaczenie poziomu glukozy,<br>2) oznaczenie przeciwciał,<br>3) oznaczenie poziomu TSH, |

| | | |
|---|---|---|
| 3) świadczeniobiorcy z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosuporesyjną, w tym biologiczną, lub chemioterapią przeciwnowotworową;<br>4) świadczeniobiorcy, u których rozpoczyna się planowane leczenie zakażenia HCV.<br><br>1.3. Do programu mogą zostać zakwalifikowanie kobiety w trzecim trymestrze ciąży z wiremią HBV DNA powyżej 200 000 IU/ml, jeśli lekarz uzna to za zasadne.<br><br>**2. Leczenie**<br>2.1. U pacjentów dotychczas nieleczonych stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo analog nukleozydowy - entekawir lub nukleotydowy - tenofowir.<br><br>2.2. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonu:<br>1) niewyrównana marskość wątroby;<br>2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa;<br>3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna;<br>4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1);<br>5) niewyrównana nadczynność tarczycy;<br>6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej);<br>7) padaczka (po konsultacji neurologicznej);<br>8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;<br>9) ciąża lub karmienie piersią;<br>10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej);<br>11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej);<br>12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego. | 4) tenofowir:<br>- tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletka.<br><br>W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru, adefowiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego. | 4) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia interferonem**<br>1) w dniu rozpoczęcia terapii:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenie poziomu ALT,<br>c) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>d) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>e) oznaczenie poziomu AFP,<br>f) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową;<br>2) w 2, 4, 6, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenie poziomu ALT;<br>3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>4) w 12 tygodniu:<br>a) poziom wiremii HBV DNA,<br>b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową;<br>5) w 24, 48 tygodniu:<br>a) oznaczenie antygenu HBsAg,<br>b) oznaczenie antygenu HBeAg,<br>c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,<br>d) poziom wiremii HBV DNA;<br>6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu:<br>a) oznaczenie poziomu TSH,<br>b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3;<br>7) w 48 tygodniu:<br>a) proteinogram,<br>b) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>c) oznaczenie poziomu AFP, |

| | | |
|---|---|---|
| 2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku:<br>1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wiremii HBV DNA o co najmniej 1 $\log_{10}$;<br>2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą;<br>3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem.<br><br>2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir.<br><br>2.5. Adefowir lub lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru kub tenofowiru.<br><br>2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wiremii HBV DNA co najmniej o 1 $\log_{10}$.<br><br>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.<br><br>2.8. Po 24 tygodniach terapii należy ponownie ocenić skuteczność terapii poprzez ilościowe oznaczenie poziomu wiremii HBV DNA. W wypadku niewykrywalnego HBV DNA leczenie należy kontynuować do osiągnięcia punktu końcowego leczenia. W innym wypadku należy rozważyć zmianę leku po uzyskaniu wyniku wirogramu i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia, stosując monoterapię jednym z leków opisanym w programie. | | d) USG jamy brzusznej.<br><br>**3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów**<br>1) w dniu rozpoczęcia terapii:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenie poziomu ALT,<br>c) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>d) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>e) oznaczenie poziomu AFP;<br>2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>b) morfologia krwi,<br>c) oznaczenie poziomu ALT;<br>3) w 12 tygodniu - poziom wiremii HBV DNA;<br>4) w 24 i następnie co 24 tygodnie:<br>a) oznaczenie antygenu HBsAg,<br>b) oznaczenie antygenu HBeAg,<br>c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,<br>d) poziom wiremii HBV DNA,<br>e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu;<br>5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni:<br>a) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>b) proteinogram,<br>c) oznaczenie poziomu AFP,<br>d) USG jamy brzusznej.<br><br>**4. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i |

| | | |
|---|---|---|
| 2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wiremii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu:<br>1) serokonwersji w układzie "s" lub<br>2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy.<br>3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych. | | każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.3.

# LECZENIE NOWOTWORÓW PODŚCIELISKA PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) (ICD-10 C 15, C 16, C 17, C 18, C 20, C 48)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie adjuwantowe imatynibem chorych z wysokim ryzykiem nawrotu ≥ 50% wg klasyfikacji AJCC-NCCN-AFIP po zabiegu radykalnego usunięcia guza GIST żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i odbytnicy z KIT – CD117 dodatnim wynikiem, oraz leczenie paliatywne imatynibem chorych z rozsianym lub nieoperacyjnym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia imatynibem dzieci i dorosłych**<br>1) rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie;<br>2) ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie;<br>3) leczenie adjuwantowe: obecność wysokiego ryzyka ≥50% nawrotu po zabiegu radykalnego usunięcia nowotworu z KIT (CD117- dodatniego GIST żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i odbytnicy, określonego według klasyfikacji AJCC-NCCN-AFIP ); czas od operacji pierwotnego GIST, a wdrożeniem leczenia uzupełniającego nie powinien przekroczyć 4 miesiące; obecność mutacji KIT lub PDGFR-α z wykluczeniem mutacji PDGFR-αD842V; | **1. Dawkowanie imatynibu**<br>**1.1. Dorośli**<br>a) dobowa dawka początkowa - 400 mg jednorazowo,<br>b) dobowa dawka w przypadku wystąpienia progresji 800 mg w dwóch dawkach (2x400mg).<br><br>**1.2. Dzieci**<br>a) dzieci o powierzchni ciała do 1m$^2$: 340 mg/m$^2$, dawka dobowa jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,<br>b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m$^2$ dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.<br><br>**2. Dawkowanie sunitynibu**<br>**2.1. Dorośli**<br>Zalecana dawka początkowa preparatu sunitynib wynosi 50 mg doustnie raz na dobę przez 4 kolejne tygodnie, po czym następuje dwutygodniowa przerwa (schemat 4/2), co stanowi pełny cykl 6 tygodni.<br>Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia imatynibem albo sunitynibem**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) aktywność transaminaz wątrobowych;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) aktywności fosfatazy zasadowej;<br>6) poziom albumin;<br>7) EKG;<br>8) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań)<br>Badanie TK nie dotyczy leczenia adjuwantowego imatynibem, jeśli było wykonane przed zabiegiem operacyjnym;<br>9) oznaczenie mutacji KIT i PDGFRA (dotyczy wyłącznie kwalifikacji do leczenia adjuwantowego imatynibem).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia imatynibem albo sunitynibem**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) aktywność aminotransferaz wątrobowych;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) aktywność fosfatazy zasadowej;<br>6) poziom albumin;<br>7) tomografia komputerowa |

| | | |
|---|---|---|
| 4) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego lub wyników badań obrazowych;<br>5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej;<br>6) stan sprawności (według klasyfikacji WHO 0-2 );<br>7) prawidłowe wyniki badań czynności szpiku (liczba płytek krwi ≥75000/$mm^3$, liczba bezwzględna neutrofili ≥1000/$mm^3$, stężenie hemoglobiny ≥ 8.0 g/dl);<br>8) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby).<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia imatynibem w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia z leczenia imatynibem**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na imatynib;<br>2) nawrót GIST podczas leczenia adjuwantowego, które może trwać maksymalnie do 36 miesięcy;<br>3) progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu do 800 mg/dobę; zwłaszcza pierwotna oporność na imatynib; u dzieci o pow. ciała do 1$m^2$ progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu dwukrotnie;<br>4) brak skuteczności po 4 miesiącach stosowania leku (zwiększenie sumy wielkości zmian w TK spiralnej, powyżej 20% z wyjątkiem sytuacji, gdy gęstość tych zmian jest mniejsza niż 15% w stosunku do gęstości | przerwę w przyjmowaniu leku. Dawka dobowa nie powinna być mniejsza niż 25 mg.<br><br>**2.2. Dzieci**<br>a) dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,<br>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.<br><br>**3. Dawkowanie sorafenibu**<br>**Dobowa dawka 800 mg (w dwóch dawkach 2x400 mg)** | Badania laboratoryjne należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy - nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni.<br>Badania obrazowe (TK) należy wykonywać:<br>a) u pacjentów leczonych adjuwantowo imatynibem:<br>- pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego,<br>- następne badania – co 6 miesięcy do zakończenia uzupełniającego leczenia imatynibem (3 lata),<br>- następne badania – co 6 miesięcy do upływu 5-letniego okresu od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego,<br>- następne badania – co 12 miesięcy;<br>b) u pacjentów z nieoperacyjnym lub rozsianym GIST:<br>- co 2 miesiące w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia,<br>- następne badania – co 3 miesiące.<br>Należy oceniać zmiany pod względem różnic ich wielkości (skala RECIST) i gęstości.<br><br>**3. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) aktywność transaminaz wątrobowych;<br>4) stężenie bilirubiny i kreatyniny;<br>5) aktywności fosfatazy zasadowej;<br>6) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań).<br><br>**4. Monitorowanie leczenia sorafenibem**<br>Pierwsze badania monitorujące należy wykonać po 6-8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia sorafenibem. Następne badania kontrolne należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 tygodni: |

| | | |
|---|---|---|
| wyjściowej, lub pojawienie się nowej/nowych zmian o wielkości co najmniej 10 mm);<br>5) utrzymywanie się toksyczności według skali WHO większej bądź równej 3 (zwłaszcza 3-krotny wzrost stężenia bilirubiny powyżej górnej granicy normy, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych powyżej górnej granicy normy, ciężka niedokrwistość, neutropenia lub małopłytkowość);<br>6) stan sprawności według WHO 3-4;<br>7) obecność istotnych chorób współistniejących lub niewydolności narządowej (do oceny przez lekarza prowadzącego);<br>8) choroba serca oceniana na III lub IV klasę wg WHO (NYHA);<br>9) stosowanie warfaryny w pełnych dziennych dawkach;<br>10) ciąża;<br>11) karmienie piersią.<br><br>**2. Leczenie sunitynibem**<br><br>**2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sunitynibem dzieci i dorosłych**<br>1) rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) potwierdzone histologicznie;<br>2) ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie;<br>3) brak możliwości resekcji zmian lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych;<br>4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu komputerowej tomografii;<br>5) udokumentowana progresja w czasie leczenia imatynibem (oporność) lub nietolerancja imatynibu (3-4 stopień toksyczności); | | 1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) aktywność aminotransferaz wątrobowych;<br>4) stężenie bilirubiny i kreatyniny;<br>5) aktywność fosfatazy zasadowej;<br>6) badanie ciśnienia tętniczego;<br>7) tomografia komputerowa odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych (minimum jama brzuszna i miednica);<br>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>**5. Monitorowanie programu:**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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;<br>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 6) stan sprawności według klasyfikacji WHO 0-3;<br>7) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: liczba płytek krwi $\geq$ 75000/mm$^3$, liczba bezwzględna neutrofili $\geq$ 1000/ mm$^3$, stężenie hemoglobiny $\geq$ 8.0 g/dl;<br>8) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby).<br><br>**2.2. Określenie czasu leczenia sunitynibem w programie.**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**2.3. Wyłączenie z programu leczenia sunitynibem:**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib;<br>2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku;<br>3) brak skuteczności (pod postacią progresji choroby) po 3 miesiącach stosowania leku, nieakceptowalna, nawracająca (pomimo modyfikacji dawkowania) toksyczność według skali WHO $\geq$ 3 (zwłaszcza 3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych, neutropenia lub małopłytkowość; wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia);<br>4) stan sprawności 4 według WHO. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Leczenie sorafenibem**<br><br>**3.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sorafenibem**<br>1) wiek powyżej 18 roku życia;<br>2) potwierdzone histologicznie rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST);<br>3) brak możliwości resekcji zmian pierwotnych lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych;<br>4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej;<br>5) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem imatynibu (progresja w czasie leczenia imatynibem) oraz udokumentowana progresja w czasie leczenia sunitynibem (oporność) lub nietolerancja sunitynibu;<br>6) brak przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym;<br>7) potwierdzony stan sprawności ogólnej według klasyfikacji Zubroda-WHO 0-1;<br>8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: liczba płytek krwi $\geq 100000/mm^3$, liczba bezwzględna neutrofili $\geq 1500/mm^3$, stężenie hemoglobiny $\geq 10,0$ g/dl;<br>9) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby);<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania sorafenibu.<br><br>**3.2. Określenie czasu leczenia sorafenibem w programie.**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **3.3. Wyłączenie z programu leczenia sorafenibem:**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib;<br>2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania sorafenibu;<br>3) długotrwałe (powyżej 28 dni) działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO nie poddające się leczeniu objawowemu i redukcji dawki;<br>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 2-4 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>5) rezygnacja pacjenta. | | |

Załącznik B.4.

# LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO (ICD-10 C18 – C20)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **I. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej cetuksymab**<br>**1. Kryteria kwalifikowania**<br>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;<br>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);<br>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;<br>5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;<br>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x$10^5$/$mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/$mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), | **Cetuksymab** stosowany wg schematu:<br>1. 400 mg/$m^2$ powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny (pierwsza dawka) oraz 250 mg/$m^2$ powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (kolejne dawki). W tym przypadku cetuksymab stosowany jest w odstępach 7-dniowych, lub<br>2. 500 mg/$m^2$ powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny wówczas cetuksymab stosowany jest w odstępach 14-dniowych.<br>O wyborze schematu dawkowania decyduje lekarz prowadzący.<br>Cetuksymab stosowany jest w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI lub FOLFOX (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).<br>Chemioterapia według schematu FOLFIRI i FOLFOX – stosowana w odstępach 14-dniowych. | **Badania podczas kwalifikowania do leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;<br>2) ocena stanu genów KRAS i NRAS (wykluczenie obecności mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz wykluczenie mutacji w genie BRAF V600E;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>5) oznaczenie stężenia:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>b) magnezu<br>– w surowicy;<br>6) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym; |

b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,

c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;

11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI lub FOLFOX;

12) wykluczenie ciąży;

13) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);

14) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu – niżej wymienione – nieobecne:

a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,

b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.

Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez cetuksymabu ).

**2. Określenie czasu leczenia**

Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.

**3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;

2) progresja choroby w trakcie leczenia;

3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;

4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;

5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.

W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie cetuksymabu, z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.

W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m$^2$ powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).

W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie lub częściowo (monoterapia fluoropirymidyną) pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z wykluczeniem punktu nr 4 – brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).

**Panitumumab** – 6 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFOX lub FOLFIRI (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem

7) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;

8) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;

9) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;

10) EKG;

11) inne badania w razie wskazań klinicznych.

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

**Badania podczas kwalifikowania do leczenia bewacyzumabem:**

1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;

2) potwierdzona obecność mutacji aktywującej genu KRAS lub NRAS (w jednym z eksonów 2.,3. lub 4.) w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterpią FOLFIRI;

3) morfologia krwi z rozmazem;

4) oznaczenie stężenia:

a) kreatyniny,

b) bilirubiny

– w surowicy;

5) oznaczenie aktywności:

| | | |
|---|---|---|
| **II. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej bewacyzumab**<br>**1. Kryteria kwalifikowania**<br>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;<br>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);<br>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;<br>5) wcześniejsze stosowanie chemioterapii uzupełniającej z oksaliplatyną – w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI;<br>6) potwierdzona obecność mutacji aktywującej genu KRAS lub NRAS (w jednym z eksonów 2.,3. lub 4.) w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterpią FOLFIRI;<br>7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;<br>8) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>9) wiek powyżej 18. roku życia;<br>10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x$10^5$/$mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>11) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) stężenie kreatyniny w granicach normy; | możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).<br>Chemioterapia według schematu FOLFOX i FOLFIRI – stosowana w odstępach 14-dniowych.<br>Panitumumab – stosowany w odstępach 14-dniowych.<br>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie panitumumabu z powodu działań niepożądanych, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.<br>W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/$m^2$ powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).<br>W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie lub częściowo (monoterapia fluoropirymidyną) pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z | a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>– w surowicy;<br>6) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);<br>7) oznaczenie INR;<br>8) badanie ogólne moczu;<br>9) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;<br>10) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>11) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;<br>12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;<br>13) EKG;<br>14) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>15) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>**Badania przy kwalifikacji do leczenia afliberceptem:**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| 12) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI;<br>13) wykluczenie ciąży;<br>14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);<br>15) przeciwwskazania do zastosowania bewacyzumabu – niżej wymienione – nieobecne:<br>a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (chorzy kwalifikowani do leczenia bewacyzumabem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym),<br>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,<br>c) niestabilne nadciśnienie tętnicze,<br>d) niestabilna choroba niedokrwienna serca,<br>e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,<br>f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,<br>g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,<br>h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (dopuszczalne jest podawanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej),<br>i) niegojące się rany,<br>j) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,<br>k) białkomocz (z wyjątkiem stopnia 1 wg CTCAE),<br>l) alergia na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.<br>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez bewacyzumabu).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia** | wykluczeniem punktu 4 - brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).<br><br>**Bewacyzumab –** 10 mg/kg masy ciała dożylnie (schemat FOLFOX-4) lub 5 mg/kg masy ciała dożylnie (schemat FOLFIRI) we wlewie trwającym 30-90 minut (dzień 1.) wraz z chemioterapią według schematów:<br>a) FOLFIRI – pierwsza linia leczenia;<br>b) FOLFOX-4 – druga linia leczenia.<br>Bewacyzumab – stosowany w odstępach 14-dniowych z uwzględnieniem możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby w ocenie przeprowadzonej na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych (lek nie może być stosowany w monoterapii w drugiej linii leczenia)<br>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie bewacyzumabu, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.<br>W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m$^2$ powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w | 3) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>4) oznaczenie aktywności:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>– w surowicy;<br>5) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);<br>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);<br>7) badanie ogólne moczu;<br>8) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;<br>9) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>10) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;<br>11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane KT klatki piersiowej;<br>12) EKG;<br>13) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>14) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. |

| | | |
|---|---|---|
| Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE;<br>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.<br><br>**III. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFIRI**<br>**1. Kryteria kwalifikowania**<br>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;<br>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);<br>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;<br>5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;<br>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: | szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).<br><br>W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie (bewacyzumab w monoterapii) lub częściowo (bewacyzumab z fluoropirymidyną pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z wykluczeniem punktu nr 4 – brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).<br><br>**Aflibercept** - 4 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (dzień 1) wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI.<br><br>Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie.<br><br>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie afliberceptu, z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.<br><br>Aflibercept nie może być stosowany w monoterapii. | **Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej trifluridyną oraz typiracylem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie bilirubiny całkowitej;<br>3) stężenie kreatyniny;<br>4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);<br>5) badanie ogólne moczu;<br>6) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>7) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy.<br><br>**Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>3) oznaczenie stężenia:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>b) fosfatazy alkalicznej,<br>c) magnezu<br>– w surowicy;<br>4) ocena powikłań skórnych;<br>5) inne badanie w razie wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x$10^5$/$mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;<br>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI;<br>12) wykluczenie ciąży;<br>13) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);<br>14) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:<br>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,<br>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.<br>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu</u>).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia**<br>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii; | **Triflurydyna w skojarzeniu z typiracylem** - zalecana dawka początkowa u dorosłych to 35 mg/m2 pc./dawkę podawana doustnie dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu, podawana tak długo, jak długo obserwuje się korzyści z leczenia lub do momentu wystąpienia niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności.<br>Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. 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 cetuksymab lub panitumumab stosowany jest łącznie z chemioterapią (pierwsza linia leczenia) to badanie morfologii krwi, oznaczenie stężenia kreatyniny oraz ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia, a pozostałe badania przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia.<br>Jeżeli panitumumab lub cetuksymab stosowane są w monoterapii (trzecia linia leczenia), to ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed każdym podaniem leku, a pozostałe badania nie rzadziej niż co miesiąc.<br>Badania należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.<br><br>**Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>3) oznaczenie aktywności:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>b) fosfatazy alkalicznej<br>– w surowicy;<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;<br>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.<br><br>**IV. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFOX**<br>**1. Kryteria kwalifikowania**<br>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;<br>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);<br>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;<br>5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja BRAF V600E;<br>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x$10^5$/$mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/$mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), | | Badanie morfologii krwi, oznaczenie stężenia kreatyniny oraz pomiar ciśnienia tętniczego wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia, a pozostałe badania przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia. Badania należy zawsze wykonać w przypadku wskazań klinicznych.<br><br>**Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia afliberceptem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>3) oznaczenie aktywności:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>b) fosfatazy alkalicznej<br>– w surowicy;<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br>Morfologię krwi z rozmazem wykonuje się w odstępach 2-tygodniowych lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu leczenia jeżeli podanie leku było opóźnione . Pozostałe badania wykonuje się w odstępach 4-tygodniowych (co drugi cykl leczenia) lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu terapii jeżeli podanie leku było opóźnione lub w przypadku zaistnienia wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;<br>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFOX;<br>12) niestosowanie wcześniej chemioterapii uzupełniającej z oksaliplatyną;<br>13) wykluczenie ciąży;<br>14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);<br>15) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:<br>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,<br>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.<br>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia**<br>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc; | | **Monitorowanie skuteczności leczenia aflibercept em, bewacyzumabem, cetuksymabem lub panitumumabem:**<br>1) badanie KT odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;<br>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się:<br>1) nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia;<br>2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby;<br>3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych.<br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.<br><br>**Monitorowanie leczenia terapią skojarzoną trifluridyną oraz typiracylem**<br>Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem podania leku:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie bilirubiny całkowitej;<br>3) stężenie kreatyniny; |

| | | |
|---|---|---|
| 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.<br><br>**V. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej bewacyzumab – wyłącznie u chorych, którzy nie otrzymali wymienionego leku podczas pierwszej linii leczenia.**<br>**1.** Chemioterapia według schematu FOLFOX-4 z bewacyzumabem w przypadku chorych, którzy otrzymali irynotekan w pierwszej linii leczenia zaawansowanego nowotworu. Do leczenia nie mogą być kwalifikowani chorzy, którzy otrzymali oksaliplatynę podczas uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej (kryterium wyłączenia).<br>Kryteria kwalifikowania – stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO oraz typowe dla chemioterapii i umieszczone w punkcie 1. w przypadku stosowania bewacyzumabu w pierwszej linii z wyjątkiem punktów 4), 5), 6), 8) i 12).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia**<br>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE;<br>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. | | 4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);<br>5) badanie ogólne moczu;<br>Odpowiednie badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 8 tygodni lub w razie podejrzenia progresji choroby.<br>**Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy IX pkt. 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**<br><br>**Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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;<br>4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy IX pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania |

| | | |
|---|---|---|
| **VI. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej aflibercept**<br>**1. Kryteria kwalifikowania**<br>1) histologicznie potwierdzony raka jelita grubego;<br>2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych;<br>3) brak możliwości wykonania radykalnej metastazektomii;<br>4) udokumentowana nieskuteczność zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatyny;<br>5) niestosowanie wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem irynotekanu lub aflibercептu;<br>6) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności ogólnej:<br>– 0 według klasyfikacji Zubroda-WHO i dowolna liczba przerzutów w narządach odległych lub<br>– 1 według klasyfikacji Zubroda-WHO i jedna lokalizacją przerzutu w narządach odległych;<br>8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofili większa lub równa $1500/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), | | programów lekowych. |

| | | |
|---|---|---|
| b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) stężenie kreatyniny w granicach normy;<br>11) wykluczenie ciąży;<br>12) nieobecność przerzutów w mózgu (w przypadku objawów klinicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego konieczne jest wykluczenie przerzutów na podstawie badania obrazowego);<br>13) nieobecność przeciwwskazań do chemioterapii według schematu FOLFIRI;<br>14) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania afliberceptu, którymi są:<br>a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (pacjenci kwalifikowani do leczenia afliberceptem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym),<br>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,<br>c) nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze,<br>d) zastoinowa niewydolność krążenia klasy III lub IV wg NYHA,<br>e) tętniczy incydent zatorowo-zakrzepowy,<br>f) żylne zdarzenie zakrzepowo-zatorowe zagrażające życiu- stopień IV (w tym zatorowość płucna),<br>g) choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,<br>h) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,<br>i) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,<br>j) niegojące się rany,<br>k) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,<br>l) białkomocz ≥ 2g/24 godziny oznaczony w dobowej zbiórce moczu - jeśli poprzedzające badanie ogólne moczu było nieprawidłowe,<br>m) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.<br>Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) objawy nadwrażliwości na aflibercept lub którykolwiek składnik chemioterapii według schematu FOLFIRI;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO;<br>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności według klasyfikacji Zubroda-WHO do stopnia 2 lub wyższych.<br><br>**VII. Leczenie trzeciej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab lub cetuksymab w monoterapii**.<br>**1. Kryteria kwalifikowania**<br>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;<br>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);<br>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>4) brak wcześniejszego leczenia panitumumabem lub cetuksymabem z powodu raka jelita grubego;<br>5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;<br>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 0,75 x $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1000/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy;<br>11) wykluczenie ciąży;<br>12) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);<br>13) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu lub panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:<br>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,<br>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.<br>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – brak standardowego leczenia).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia**<br>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.<br><br>**VIII. Leczenie trzeciej lub czwartej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem.**<br>**1. Kryteria kwalifikowania**<br>1) Potwierdzony histologicznie rak jelita grubego (ICD-10: C18 - C20)<br>2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie badań obrazowych;<br>3) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie;<br>4) wiek ≥ 18 rok życia;<br>5) stan sprawności ogólnej według WHO 0-1;<br>6) wyniki badań laboratoryjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>7) udokumentowana nieskuteczność wcześniejszej chemioterapii opartej na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie, terapii z zastosowaniem leków anty-VEGF oraz leków anty-EGFR lub brak możliwości zastosowania wymienionych powyżej metod.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie triflurydyną/typiracylem kontynuuje się do czasu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na triflurydynę/typiracyl lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) progresja choroby;<br>3) wystąpienie niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności;<br>4) stan sprawności według WHO 3-4.<br><br>**IX. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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. | | |

Załącznik B.5.

# LECZENIE RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10 C 22.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji<br>1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka wątrobowokomórkowego. W przypadku pacjentów z marskością wątroby w wywiadzie ze zmianami o średnicy >1 cm możliwe jest odstąpienie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w tomografii komputerowej (TC) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), z obrazowaniem w trzech fazach: tętniczej, żylnej wrotnej i równowagi, ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylnej wrotnej lub równowagi (zmiana hipodensyjna);<br>2) brak możliwości zastosowania leczenia miejscowego lub jego nieskuteczność;<br>3) uprzednie nieskuteczne leczenie sorafenibem lub jego nietolerancja, pod warunkiem ustąpienia działań niepożądanych wynikających z poprzedzającej terapii— dotyczy leczenia kabozantynibem;<br>4) stan sprawności 0-1 według WHO;<br>5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh;<br>6) nieobecność przerzutów poza wątrobą – dotyczy leczenia sorafenibem;</td>
<td>1. Dawkowanie<br>1) Sorafenib<br>Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw. W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się nasilenia tych objawów oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 400 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg raz dziennie). Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 4 tygodni pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. Jeżeli pomimo zmniejszenia dawki do 400 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zredukować dawkę leku do 400 mg podawanych co drugi dzień. Dalsze redukcje dawki leku nie są możliwe - ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem lub kabozantynibem<br>1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej trójfazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby);<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) badanie ogólne moczu<br>4) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny, wapnia, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy;<br>5) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HCV w surowicy – dotyczy terapii sorafenibem;<br>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego;<br>7) tomografia komputerowa jamy brzusznej i klatki piersiowej w celu wykluczenia (sorafenib) lub oceny (kabozantynib) przerzutów pozawątrobowych);<br>8) RTG klatki piersiowej;<br>9) EKG;<br>10) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym);</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 7) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z kryteriami RECIST wersja 1.1;<br>8) wskaźniki morfologii krwi:<br>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,5 g/dl,<br>b) liczba granulocytów większa lub równa 1,0 x $10^9$/l,<br>c) liczba płytek większa lub równa 60 x $10^9$/l;<br>9) wskaźniki czynności nerek - stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy;<br>10) wskaźniki czynności wątroby:<br>a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 3 mg/dl,<br>b) stężenie AspAT i AlAT mniejsze lub równe 5-krotności górnej granicy normy,<br>c) stężenie albumin większe lub równe 3 g/dl,<br>d) INR mniejsze lub równe 2,3 lub czas protrombinowy przedłużony o maksymalnie 6 sekund powyżej górnej granicy normy – dotyczy terapii sorafenibem<br>11) niestosowanie w przeszłości farmakologicznego leczenia przeciwnowotworowego z powodu raka wątrobowokomórkowego – dotyczy terapii sorafenibem;<br>12) u kobiet w wieku rozrodczym wykluczenie ciąży na podstawie testu ciążowego.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br>1) brak udokumentowanego rozpoznania raka wątrobowokomórkowego zgodnie z kryteriami włączenia; | 2) Kabozanytynib<br>Dawkowanie kabozantynibu oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | 11) pomiar ciśnienia tętniczego.<br>12) Inne badania w razie wskazań klinicznych;<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego 28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane):<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy,<br>c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej,– dotyczy terapii sorafenibem;<br>d) pomiar ciśnienia tętniczego,<br>e) inne - w razie wskazań klinicznych;<br>2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane):<br>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,<br>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,<br>c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,<br>d) tomografia komputerowa w innej lokalizacji – w zależności od umiejscowienia zmian przerzutowych (dotyczy terapii kabozantynibem)<br>e) RTG klatki piersiowej,<br>f) EKG,<br>g) inne badania – w razie wskazań klinicznych;<br>3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych: |

| | | |
|---|---|---|
| 2) przebyta chemioterapia lub innego rodzaju farmakologiczne leczenie z powodu raka wątrobowokomórkowego – dotyczy terapii sorafenibem;;<br>3) możliwość zastosowania leczenia miejscowego raka wątrobowokomórkowego;<br>4) brak wcześniejszego leczenia sorafenibem – dotyczy terapii kabozantynibem;<br>5) brak udokumentowanej nieskuteczności lub nietolerancji sorafeniu – dotyczy terapii kabozantynibem;<br>6) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;<br>7) stan sprawności 2-4 według WHO;<br>8) obecność przerzutów poza wątrobą – dotyczy terapii sorafenibem;<br>9) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;<br>10) obecność istotnych schorzeń współistniejących mogących wpływać na skuteczność i bezpieczeństwo terapii;<br>11) uszkodzenie szpiku kostnego, nerek lub wątroby (brak spełnienia laboratoryjnych kryteriów włączenia do programu);<br>12) ciąża lub karmienie piersią;<br>13) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji (u mężczyzn lub u kobiet w okresie prokreacyjnym).<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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. 4. | | a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,<br>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,<br>c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,<br>d) RTG klatki piersiowej - niekonieczne w przypadku wykonania tomografii komputerowej klatki piersiowej<br>e) EKG.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) obiektywna progresja choroby w trakcie stosowania leku;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia, w tym istotnego pogorszenia stanu sprawności ogólnej;<br>4) istotne, w ocenie lekarza prowadzącego, pogorszenie jakości życia świadczeniobiorcy;<br>5) rezygnacja świadczeniobiorcy. | | |

Załącznik B.6.

# LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (ICD-10 C 34)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem afatynibu (mutacja w genie EGFR).**<br>1.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:<br>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub<br>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub<br>c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS);<br>1.2. Obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;<br>1.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);<br>1.4. Obecność 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; | **1. Dawkowanie leków w programie**<br>Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia**<br>a) Histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;<br>b) Potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów EGFR oraz ALK lub ROS1) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PDL1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych (w pierwszej kolejności należy wykonać badanie w kierunku mutacji w genie EGFR, co uzasadniają wytyczne postępowania diagnostycznego);<br>c) Morfologia krwi z rozmazem;<br>d) Oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>e) Oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>f) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>g) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>h) Oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; |

| | | |
|---|---|---|
| 1.5. Nieobecność objawowych 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;<br>1.6. Wiek powyżej 18. roku życia;<br>1.7. Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów WHO lub ECOG;<br>1.8. Nieobecność istotnych klinicznie chorób współwystępujących (szczególnie - niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia);<br>1.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>1.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br>1.11. Czynności wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br>1.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>1.13. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;<br>1.14. Wykluczenie stosowania wcześniejszego leczenia farmakologicznego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów) lub miejscowego zaawansowania;<br>1.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz | | i) Oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD-L1;<br>j) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>k) Elektrokardiografia (EKG);<br>l) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;<br>m) Inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia**<br>a) Morfologia krwi z rozmazem;<br>b) Oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>c) Oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>d) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>e) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>f) Oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>g) Oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1;<br>h) EKG;<br>i) Oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu albo brygatynibu.<br>Wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych z wyjątkiem badań czynnościowych tarczycy, które powinny być wykonywane co 8 tygodni. |

| | | |
|---|---|---|
| nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.<br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu płuca) – ozymertynib (mutacja w genie EGFR) lub drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia afatynibem, erlotynibem lub gefitynibem stosowanego z powodu zaawansowanego nowotworu) - ozymertynib (mutacja T790M w genie EGFR)**<br>2.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:<br>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub<br>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego, lub<br>c) raka niedrobnokomórkowego NOS;<br>2.2. W przypadku kwalifikacji do:<br>a) pierwszej linii leczenia - obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,<br>b) drugiej linii leczenia - obecność mutacji T790M w genie EGFR potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;<br>2.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); | | W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii: Punkty a-h co 6-12 tygodni.W przypadku durwalumabu: Punkty g-h co 12 tygodni.<br>W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapia:<br>• Punkty a-f przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej)<br>• Punkty g-h w odstępach 6-12 tygodniowych<br>W przypadku atezolizumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 3-6 tygodniowych.<br>W przypadku niwolumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych<br>W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni).<br>W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetakselem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel.<br>W przypadku alektynibu albo brygatynibu oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej powinno być wykonywane co 2 tygodnie w ciągu pierwszego miesiąca a następnie w razie wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| 2.4. Progresja po zastosowaniu afatynibu, erlotynibu lub gefitynibu w pierwszej linii leczenia chorych na miejscowo zaawansowanego (bez możliwości zastosowania leczenia lokoregionalnego) lub uogólnionego niedrobnokomórkowego raka z mutacją aktywującą w genie EGFR – dotyczy stosowania ozymertynibu w drugiej linii leczenia;<br>2.5. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;<br>2.6. W przypadku obecności przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym - nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych albo potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;<br>2.7. Wiek powyżej 18. roku życia;<br>2.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;<br>2.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (śródmiąższowa choroba płuc, wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc, wydłużenie odstępu QTc w połączeniu z którymkolwiek z następujących zaburzeń: torsade de pointes, polimorficzny częstoskurcz komorowy, objawy ciężkich zaburzeń rytmu serca);<br>2.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>2.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br>2.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br>2.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; | | **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia**<br>a) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;<br>b) Inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej.<br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br>Badania wykonywane są co 3 miesiące.<br>W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni).<br>W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią wymienione badania wykonywane są co 9 -12 tygodni.<br>W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetakselem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel.<br>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 10. pkt. 10.1., powinno być |

| | | |
|---|---|---|
| 2.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;<br>2.15. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów);<br>2.16. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym<br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**3. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pacjentów z rearanżacją w genie ALK przy wykorzystaniu substancji czynnej:**<br>**a) kryzotynib (rearanżacja genów ALK lub ROS1) w pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) oraz w drugiej lub trzeciej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu lub chemioterapii jednolekowej stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),**<br>**b) alektynib (rearanżacja genów ALK) albo cerytynib (rearanżacja genów ALK) w pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) oraz w leczeniu pacjentów z zaawansowanym ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca po niepowodzeniu terapii innym inhibitorem ALK.**<br>**c) brygatynib (rearanżacja genów ALK) w leczeniu pacjentów z zaawansowanym ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca po niepowodzeniu terapii innym inhibitorem ALK.**<br>3.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne gruczolakoraka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą utkania gruczolakoraka (w | | prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>a) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>b) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych - SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>c) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ);<br>d) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 10. pkt. 10.1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. |

| | | |
|---|---|---|
| przypadku alektynibu dodatkowo dopuszcza się rozpoznanie raka wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca bez ustalonego typu histologicznego NOS);<br>3.2. Obecność rearanżacji w genie ALK na podstawie badania immunohistochemicznego (IHC) lub fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (ang. fluorescencje in situ hybridisation - FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. new-generation sequencing - NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu lub obecność rearanżacji w genie ROS-1 na podstawie badania metodą fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. new-generation sequencing - NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;<br>3.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV) lub progresja po zastosowaniu chemioterapii lub/i jednego z leków anty-ALK u chorych na niedrobnokomórkowego raka w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia;<br>3.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;<br>3.5. Nieobecność objawowych 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu (w przypadku alektynibu, cerytynibu albo brygatynibu nieobecność objawowych 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu);<br>3.6. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów);<br>3.7. Wiek powyżej 18 roku życia;<br>3.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>3.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia);<br>3.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>3.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br>3.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br>3.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu lub alektynibu lub cerytynibu lub brygatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>3.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**4. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) przy wykorzystaniu substancji czynnej pembrolizumab:**<br>**a) Rak płaskonabłonkowy i niepłaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 ≥50% – pembrolizumab w monoterapii**<br>**b) Rak niepłaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny**<br>**c) Rak płaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną**<br>4.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy);<br>4.2. Niestosowanie wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów); za leczenie systemowe nie uznaje się leczenia uzupełniającego pooperacyjnego oraz chemioterapii stosowanej podczas skojarzonej radiochemioterapii w stadium miejscowego zaawansowania;<br>4.3. Ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych z wykorzystaniem metody wskazanej w Charakterystyce Produktu Leczniczego pembrolizumabu lub przy użyciu koncentratu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263 w zakresie następujących kryteriów:<br>a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu w monoterapii<br>b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu w skojarzeniu:<br>i. w raku niepłaskonabłonkowym – w schemacie: pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny (karboplatyną albo cisplatyną) w leczeniu indukcyjnym (4 podania co 3 tygodnie), a następnie pembrolizumab z pemetreksedem w leczeniu podtrzymującym;<br>ii. w raku płaskonabłonkowym - w schemacie: pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną w leczeniu indukcyjnym (4 podania co 3 tygodnie) a następnie pembrolizumab w leczeniu podtrzymującym; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 4.4. Wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genów ALK i ROS1 w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;<br>4.5. Zaawansowanie kliniczne w stopniu IV;<br>4.6. Obecność zmian możliwych do oceny w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1;<br>4.7. Nieobecność objawowych 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;<br>4.8. Wiek powyżej 18. roku życia;<br>4.9. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>4.10. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;<br>4.11. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;<br>4.12. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego pembrolizumabu, pemetreksedu, paklitakselu i pochodnych platyny;<br>4.13. Czynność nerek umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy dla monoterapii pembrolizumabem;<br>b) klirens kreatyniny powyżej lub równy 45 ml/min - dla leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią zawierająca karboplatynę; | | |

| | | |
|---|---|---|
| c) klirens kreatyniny powyżej lub równy 60 ml/min - dla leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią zawierająca cisplatynę i pemetreksed;<br>4.14. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br>4.15. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich Charakterystykach Produktu Leczniczego;<br>4.16. Wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie;<br>4.17. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym;<br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**5. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem niwolumabu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1) oraz atezolizumabu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1)**<br>5.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym;<br>5.2. Wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genu ALK w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobno komórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 5.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);<br>5.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;<br>5.5. Nieobecność objawowych 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;<br>5.6. Wiek powyżej 18. roku życia;<br>5.7. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>5.8. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;<br>5.9. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie wyłącznej suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;<br>5.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>5.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br>5.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br>5.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 5.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie;<br>5.15. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów);<br>5.16. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.<br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**6. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem nintedanibu**<br>6.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą gruczolakoraka;<br>6.2. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);<br>6.3. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;<br>6.4. Nieobecność objawowych 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;<br>6.5. Wiek powyżej 18. roku życia; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 6.6. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>6.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; leczenia (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego);<br>6.8. Wykluczenie współwystępowania w przeszłości choroby zakrzepowo-zatorowej;<br>6.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>6.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br>6.11. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br>6.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu;<br>6.13. Wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;<br>6.14. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek - utrata włosów);<br>6.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.<br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**7. Kryteria kwalifikowania chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 7.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;<br>7.2. Zaawansowanie kliniczne w stopniu III, chorzy poddani radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny;<br>7.3. Chorzy, u których nie nastąpiła progresja choroby po radiochemioterapii – stan potwierdzony w badaniu TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu napromieniania;<br>7.4. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów);<br>7.5. Stan sprawności 0 lub 1 wg WHO lub ECOG;<br>7.6. Wiek powyżej 18 roku życia;<br>7.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;<br>7.8. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;<br>7.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>7.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br>7.11. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy;<br>7.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>7.13. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie;<br>7.14. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz | | |

| | | |
|---|---|---|
| nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym);<br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**8. Określenie czasu leczenia w programie**<br>**8.1. Inhibitory tyrozynowej kinazy EGFR (afatynib, ozymertynib) lub ALK/ROS1 (kryzotynib, alektynib, cerytynib, brygatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib)**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 8.1.1., 8.1.2., 8.1.3. oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 9.<br>8.1.1. Stosowanie leków anty-EGFR (w ramach pierwszej lub drugiej linii leczenia) lub anty-ROS1 lub anty-ALK (w ramach pierwszej, drugiej lub trzeciej linii leczenia) lub inhibitorów angiogenezy jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych;<br>8.1.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):<br>a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;<br>b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni) lub w przypadku stosowania nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni);<br>8.1.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:<br>a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji miąższu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w | | |

| | | |
|---|---|---|
| badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych);<br>b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia. W przypadku pojawienia się przynajmniej jednej – nowej – zmiany w obrębie OUN u chorych leczonych ozymertynibem, dopuszcza się kontynuowanie leczenia ozymertynibem w skojarzeniu z radioterapią. Wówczas – w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN – zaleca się przerwanie leczenia ozymertynibem);<br>**8.2. Inhibitory PD1 (pembrolizumab, niwolumab) lub PDL1 (atezolizumab)**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 8.2.1., 8.2.2., 8.2.3 oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 9.<br>8.2.1. Stosowanie pembrolizumabu w monoterapii lub pembrolizumabu w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodnymi platyny lub pembrolizumabu w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną (I linia leczenia), niwolumabu (II linia leczenia) lub atezolizumabu (II linia leczenia) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych. Podczas stosowania w/w leków możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia:<br>a) zapalenia płuc w stopniu 2. lub większym;<br>b) biegunki lub objawów zapalenia jelita grubego w stopniu 2. lub większym;<br>c) aktywności transaminaz większej niż 3-krotna i mniejszej niż 5-krotna wartość górnej granicy normy lub stężenia bilirubiny całkowitej większej niż 1,5-krotna i mniejszej niż 3-krotna wartość górnej granicy normy;<br>d) stężenia kreatyniny większego niż 1,5-krotna i mniejszego niż 6-krotna wartość górnej granicy normy lub zwiększenia powyżej 1,5-krotności wartości stwierdzonej przed leczeniem; | | |

| | | |
|---|---|---|
| e) innych niepożądanych działań w stopniu 3. lub większym;<br>8.2.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):<br>a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;<br>b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni);<br>8.2.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:<br>a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji miąższu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych);<br>b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia.<br>**8.3. Inhibitor PDL1 (durwalumab)**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami określonymi w punktach 8.3.1., 8.3.2 i 8.3.3 oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 9.<br>8.3.1. Stosowanie durwalumabu 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 Charakterystyką Produktu Leczniczego w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych wymienionych w sekcji 4.2 Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>8.3.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): | | |

| | | |
|---|---|---|
| a) przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii;<br>b) w czasie leczenia – co 3 miesiące (ważność badania – 14 dni).<br>8.3.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:<br>a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza.<br><br>**9. Kryteria wyłączenia z programu**<br>9.1. Wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym ocenionej według kryteriów skali RECIST 1.1. (wyjątek stanowi pojawienie się co najmniej jednej nowej zmiany w obrębie OUN kiedy to dopuszcza się kontynuowanie leczenia ozymertynibem w skojarzeniu z radioterapią – punkt numer 8.1.3 pkt b):<br>a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20%, lub<br>b) wyraźne powiększenia się istniejących zmian niemierzalnych, lub<br>c) pojawienie się przynajmniej jednej nowej zmiany z wyjątkiem chorych z progresją w obrębie OUN leczonych kryzotynibem albo alektynibem albo cerytynibem albo brygatynibem, u których dopuszcza się kontynuowanie leczenia w skojarzeniu z radioterapią OUN (wówczas w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN konieczność przerwania leczenia kryzotynibem lub alektynibem lub cerytynibem lub brygatynibem);<br>9.2. Pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br>9.3. Wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (ang. common terminology criteria for adverse events - version 4.03.);<br>9.4. Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu | | |

| | | |
|---|---|---|
| nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.);<br>9.5. Wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;<br>9.6. Wystąpienie autoimmunologicznego zapalenia narządowego o nasileniu w stopniach wyższych niż wymienione w punkcie 8.2.1. podczas stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1;<br>9.7. Obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG;<br>9.8. Przerwanie stosowania inhibitorów EGFR i ALK oraz ROS1 dłuższe niż 3 tygodnie wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia;<br>9.9. Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>9.10. Wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego);<br>9.11. Po upływie 12 miesięcznego okresu leczenia (maksymalnie 26 podań leku) - dotyczy stosowania durwalumabu.<br><br>**10. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>10.1. Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>10.2. Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 10.1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>10.3. Pacjenci, o których mowa w pkt. 10.1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>10.4. Pacjenci, o których mowa w pkt. 10.1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **11. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii**<br>11.1. Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych afatynibem, ozymertynibem, kryzotynibem, alektynibem, brygatynibem, pembrolizumabem, niwolumabem, atezolizumabem, nintedanibem lub durwalumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 9., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 8.<br>11.2. Do programu włącza się pacjentów leczonych przed 1.01.2021 r. ozymertynibem lub pembrolizumabem, lub durwalumabem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), o ile nie zachodzą przeciwwskazania do kontynuowania terapii. | | |

Załącznik B.8.

# LECZENIE MIĘSAKÓW TKANEK MIĘKKICH (ICD-10 C48, C49)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich trabektedyną**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) rozpoznanie zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma);<br>2) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;<br>3) należna masa ciała (dopuszczalny ubytek masy ciała mniejszy niż 10% wartości należnej);<br>4) niewystępowanie poważnych chorób współistniejących o istotnym znaczeniu dla zastosowania chemioterapii;<br>5) możliwość przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie według kryteriów klasyfikacji RECIST;<br>6) liczba granulocytów obojętnochłonnych (ANC) większa lub równa 1500/mm$^3$;<br>7) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm$^3$;<br>8) stężenie bilirubiny nieprzekraczające górnej granicy normy;<br>9) aktywność fosfatazy zasadowej mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (jeżeli podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego, należy brać pod uwagę izoenzymy wątrobowe 5-nukleotydazy lub GGT);<br>10) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;<br>11) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy; | **1. Dawkowanie trabektedyny**<br><br>1.1 Zalecana dawka trabektedyny wynosi 1,5 mg/m$^2$ powierzchni ciała.<br>1.2 Podanie leku obejmuje wlew dożylny trwający 24 godziny. Lek podaje się przez cewnik w żyle centralnej.<br>1.3 Przerwa pomiędzy cyklami leczenia wynosi 3 tygodnie.<br>1.4 W ramach premedykacji należy zastosować kortykosteroidy.<br>1.5 Przed podaniem drugiej i kolejnych dawek leku muszą być spełnione łącznie następujące kryteria dotyczące parametrów biochemicznych:<br>1) liczba granulocytów obojętnochłonnych (ANC) większa lub równa 1500/mm$^3$;<br>2) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm$^3$;<br>3) stężenie bilirubiny nieprzekraczające górnej granicy normy;<br>4) aktywność fosfatazy zasadowej mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (jeżeli podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego, należy brać pod uwagę izoenzymy wątrobowe | **1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich trabektedyną**<br><br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:**<br>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia - w przypadku diagnostyki mięsaka gładkokomórkowego konieczne wykonanie immunohistochemicznego oznaczenia desminy;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>4) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotydazy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego);<br>9) oznaczenie poziomu albumin w surowicy;<br>10) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;<br>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>12) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała.<br><br>**1.2. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badania biochemiczne: |

12) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;
13) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 µmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;
14) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;
15) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl;
16) udokumentowana progresja choroby podczas przynajmniej jednej linii chemioterapii z udziałem doksorubicyny lub ifosfamidu zastosowanej z powodu zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma);
17) zastosowanie nie więcej niż 3 linii wcześniejszej chemioterapii.
Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**
1) nadwrażliwość na trabektedynę lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) współistniejące poważne lub niekontrolowane zakażenie;
3) wystąpienie poważnej, nawracającej i trudno odwracalnej toksyczności (stopień 3-4) podczas wcześniejszej chemioterapii;
4) ciąża lub karmienie piersią;
5) jednoczesne podanie szczepionki przeciwko żółtej febrze.

**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 z programu, o których mowa w ust. 1.4.

**1.4. Kryteria wyłączenia z programu**:
1) progresja choroby - oceniania zgodnie z kryteriami RECIST;
2) działania niepożądane powyżej 2 stopnia według WHO

5-nukleotydazy lub GGT);
5) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;
6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;
7) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;
8) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 µmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;
9) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;
10) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl.

1.6 W przypadku niespełnienia kryteriów określonych w ust. 1.5 należy opóźnić podanie trabektedyny aż do osiągnięcia przez parametry biochemiczne wymaganych wartości.
1.7 Opóźnienie podania drugiej i kolejnych dawek leku nie może wynosić więcej niż 3 tygodnie. Brak spełniania w tym okresie kryteriów określonych w ust. 1.5 nakazuje zakończenie udziału w programie.

**2. Dawkowanie pazopanibu**

1) Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg raz na dobę.
2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań

a) morfologia krwi z rozmazem,
b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,
c) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny,
d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,
f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,
g) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotydazy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego),
h) oznaczenie poziomu albumin w surowicy,
i) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej.

Badania należy wykonywać raz w tygodniu podczas dwóch pierwszych cykli leczenia oraz co najmniej raz między zastosowaniem leku w kolejnych cyklach leczenia.
2) badania obrazowe
Badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała - wykonywane co 7-9 tygodni oraz nie rzadziej niż co 3 cykle terapii.
Odpowiedź na leczenie należy oceniać zgodnie z kryteriami RECIST.

**2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem**

**2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:**
1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;
4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

(z wyłączeniem przejściowych objawów typowych dla leczenia trabektedyną);
3) niespełnienie kryteriów wymaganych przy podaniu kolejnej dawki leku;
4) rezygnacja pacjenta.

**2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem**

**2.1. Kryteria kwalifikacji:**

1) rozpoznanie histopatologiczne zaawansowanego (nieresekcyjnego lub przerzutowego) jednego z niżej wymienionych mięsaków tkanek miękkich:
   a) fibroblastycznego (włókniakomięsak dorosłych- ang. adult fibrosarcoma, śluzakowłókniakomięsak- ang.myxofibrosarcoma, stwardniały nabłonkowaty włókniakomięsak- ang.sclerosing epithelioid fibrosarcoma, guz włóknisty-ang.malignant solitary fibrous tumour),
   b) fibrohistiocytarnego (pleomorficzny mięsak histiocytarny włóknisty-ang.pleomorphic malignant fibrous histiocytoma- MFH, giant cell MFH, inflammatory MFH),
   c) mięśniakomięsaka gładkokomórkowego-ang. leiomyosarcoma,
   d) złośliwego guza kłębka-ang. malignant glomus tumour,
   e) mięśniakomięsaka prążkowanokomórkowego pleomorficznego lub pęcherzykowego-ang. rhabdomyosarcoma pleomorphicum, rhabdomyosarcoma alveolare,
   f) guza naczyniowego (nabłonkowaty śródbłoniak krwionośny- ang.epithelioid hemangioendothelioma, mięsaki naczyń krwionośnych-ang.angiosarcoma),
   g) guza o niepewnej histogenezie (mięsaki maziówkowe- ang.synovial sarcoma, mięsaki epitelioidalne-ang.epithelioid sarcoma, mięsaki pęcherzykowate-alveolar soft part sarcoma, mięsaki jasnokomórkowe-ang.clear cell sarcoma,

niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 200 mg.
3) Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg.

**3. Dawkowanie sunitynibu**

1) Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę.
2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;
6) badania obrazowe do potwierdzenia progresji choroby wg RECIST;
7) badanie elektrokardiograficzne;
8) badanie echokardiograficzne;
9) oznaczenie poziomu TSH;
10) badanie tomografii komputerowej (ewentualnie rezonansu magnetycznego) klatki piersiowej i innej lokalizacji, pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;
11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

**2.2. Monitorowanie leczenia:**

1) badania biochemiczne:
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) oznaczenia poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny,
   c) oznaczenie stężenia bilirubiny,
   d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej.

Badania wymienione w pkt 1 lit. a i b należy wykonywać co 4-6 tygodni lub częściej w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Badania wymienione w pkt 1 lit. c i d należy wykonywać w 3., 5., 7. i 9. tygodniu, a następnie w 3. i 4. miesiącu leczenia oraz w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Należy kontynuować okresową kontrolę również po 4. miesiącu leczenia.

2) inne badania:
   a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego.

Badania należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni.

3) badania obrazowe

Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie

| | | |
|---|---|---|
| desmoplastyczne guzy drobnookrągłokomórkowe-ang.desmoplastic small round cell tumour, pozanerkowe guzy rabdoidalne-ang.extrarenal rhabdoid tumour, nowotwory mezenchymalne ang. malignant mesenchymoma, PEComa, mięsaki błony wewnętrznej-ang. intimal sarcoma),<br>h) złośliwego obwodowego guza osłonek nerwowych;<br>2) stopień złośliwości histologicznej średni lub wysoki (G2 lub G3);<br>3) progresja choroby (wg kryteriów RECIST):<br>a) w trakcie lub przynajmniej po jednym schemacie chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej, lub<br>b) w ciągu 12 miesięcy od zakończenia chemioterapii neoadiuwantowej lub adiuwantowej;<br>4) wiek powyżej 18 lat;<br>5) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;<br>6) brak przerzutów w obrębie OUN;<br>7) wydolność szpiku kostnego wyrażona następującymi wartościami:<br>a) poziom hemoglobiny większy lub równy 9,0 g/dl,<br>b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>c) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/$mm^3$;<br>8) poziom kreatyniny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/min;<br>9) poziom bilirubiny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy;<br>10) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;<br>11) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:** | | rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące.<br><br>**3. Leczenie mięsaków tkanek miękkich sunitynibem**<br><br>**3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:**<br>1) histologiczne potwierdzenie mięsaka pęcherzykowatego zgodnie z kryteriami włączenia;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;<br>6) badanie elektrokardiograficzne;<br>7) badanie echokardiograficzne;<br>8) oznaczenie poziomu TSH;<br>9) badanie tomografii komputerowej (ewentualnie rezonansu magnetycznego) klatki piersiowej i innej okolicy, pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;<br>10) badanie ogólne moczu;<br>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**3.2. Monitorowanie leczenia:**<br>1) badania biochemiczne:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny,<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny,<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, |

| | | |
|---|---|---|
| 1) rozpoznanie histopatologiczne mięsaka tkanek miękkich:<br>a) chrzęstniakomięsaka,<br>b) mięsaka Ewinga / prymitywnych guzów neuroektodermalnych,<br>c) tłuszczakomięsaka,<br>d) wszystkich mięśniakomięsaków prążkowanokomórkowych innych niż pleomorficzne i pęcherzykowe,<br>e) mięsaka kościopochodnego,<br>f) nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego,<br>g) włókniakomięsaka guzowatego skóry,<br>h) zapalnego guza miofibroblastycznego,<br>i) złośliwego międzybłoniaka,<br>j) mieszanego guza mezodermalnego trzonu macicy,<br>k) innych typów niewymienionych jako spełniające kryteria włączenia;<br>2) wcześniejsze leczenie inhibitorami angiogenezy;<br>3) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg);<br>4) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi lub stany kliniczne:<br>a) angioplastyka naczyń wieńcowych,<br>b) stentowanie naczyń wieńcowych,<br>c) zawał mięśnia sercowego,<br>d) niestabilna dusznica bolesna,<br>e) pomostowanie naczyń wieńcowych,<br>f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA),<br>g) epizod naczyniowo- mózgowy,<br>h) zatorowość płucna,<br>i) nieleczona zakrzepica żył głębokich,<br>j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych,<br>k) klinicznie istotne krwawienia, | | e) badanie ogólne moczu;<br>2) inne badania:<br>a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego.<br>Badania kontrolne wymienione w punktach 1 i 2 należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 8-12 tygodni.<br>3) badania obrazowe<br>Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| l) duże zabiegi chirurgiczne niezwiązane z leczeniem choroby podstawowej;<br>5) niegojące lub ciężko gojące się rany w ciągu ostatnich 28 dni;<br>6) nadwrażliwość na pazopanib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>7) ciąża lub karmienie piersią.<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu z powodu progresji lub nieakceptowanej toksyczności.<br><br>**2.4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) progresja choroby – oceniana zgodnie z kryteriami RECIST;<br>2) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na pazopanib;<br>3) rezygnacja pacjenta.<br><br>**3. Leczenie mięsaków tkanek miękkich sunitynibem**<br><br>**3.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) rozpoznanie histologiczne mięsaka pęcherzykowatego (alveolar soft part sarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego (udokumentowana kwalifikacja wielospecjalistyczna z udziałem onkologa klinicznego, onkologa radioterapeuty i chirurga onkologa);<br>2) zmiany mierzalne w badaniu tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;<br>3) wiek 18 lat i więcej;<br>4) stopień sprawności 0-2 według klasyfikacji WHO;<br>5) wydolność szpiku kostnego wyrażona następującymi wartościami:<br>a) poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl, | | |

| | | |
|---|---|---|
| b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1000/$mm^3$;<br>c) liczba płytek krwi większa lub równa 75 000/$mm^3$;<br>6) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/ min;<br>7) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy;<br>8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (lub 5-krotności górnej granicy normy w przypadku przerzutów do wątroby);<br>9) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**<br>1) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg);<br>2) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi chirurgiczne lub stany kliniczne:<br>a) angioplastyka naczyń wieńcowych,<br>b) stentowanie naczyń wieńcowych,<br>c) zawał mięśnia sercowego,<br>d) niestabilna dusznica bolesna,<br>e) pomostowanie naczyń wieńcowych,<br>f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA),<br>g) epizod naczyniowo- mózgowy,<br>h) zatorowość płucna,<br>i) nieleczona zakrzepica żył głębokich,<br>j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych, | | |

| | | |
|---|---|---|
| k) klinicznie istotne krwawienia,<br>l) duże zabiegi chirurgiczne niezwiązane z leczeniem choroby podstawowej;<br>3) niewygojone naruszenie ciągłości powłok (np. rana pooperacyjna lub inne);<br>4) nadwrażliwość na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>5) ciąża lub karmienie piersią.<br><br>**3.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu z powodu progresji lub nieakceptowanej toksyczności.<br><br>**3.4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) progresja choroby - oceniana zgodnie z kryteriami RECIST;<br>2) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na sunitynib;<br>3) rezygnacja pacjenta. | | |

Załącznik B.9.

# LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10 C 50)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **MAKSYMALNE DAWKOWANIE SUBSTANCJI LECZNICZYCH OBECNYCH W PROGRAMIE LEKOWYM I CZAS LECZENIA** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anty-HER2 oraz do 3 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego HER2-dodatniego raka piersi substancjami:<br>1) **trastuzumab;**<br>2) **pertuzumab;**<br>3) **trastuzumab emtanzyna;**<br>4) **lapatynib.**<br><br>W **leczeniu przedoperacyjnym** stosowany jest: - **trastuzumab** lub **trastuzumab** z **pertuzumabem**<br><br>W **leczeniu uzupełniającym** stosowany jest:- **trastuzumab**<br><br>W **leczeniu przerzutowego raka piersi** stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach **2.1.1.-2.1.4.:**<br>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.<br>2) **trastuzumab** łącznie z **chemioterapią**, **hormonoterapią** lub **samodzielnie** w pierwszej linii leczenia u chorych, które nie | **1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi**<br>Dawka nasycająca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia)<br><br>Dawka podtrzymująca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia)<br><br>Dawka nasycająca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia)<br><br>Dawka podtrzymująca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia)<br><br>Dawka **trastuzumabu podskórnego**: 600 mg (w każdym cyklu) | **1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi**<br>**1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji**<br>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);<br>b) morfologia krwi z rozmazem;<br>c) stężenie kreatyniny;<br>d) aktywność AlAT;<br>e) aktywność AspAT;<br>f) stężenie bilirubiny;<br>g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;<br>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w |

| | | |
|---|---|---|
| otrzymywały trastuzumabu w leczeniu przedoperacyjnym lub uzupełniającym, trastuzumab może być także stosowany w 2. lub kolejnych liniach leczenia paliatywnego, jesli chora wcześniej nie otrzymywała terapii anty-HER2.<br>3) **trastuzumab emtanzyna** i **lapatynib** z **kapecytabiną** w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełnająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy.<br><br>W programie finansuje się dwie linie leczenia HER2-ujemnego raka piersi:<br>inhibitorem CDK4/6 (**palbocyklibem** lub **rybocyklibem lub abemacyklibem**) w skojarzeniu z **inhibitorem aromatazy**<br>albo<br>inhibitorem CDK4/6 (**palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem**) w skojarzeniu z **fulwestrantem**;<br><br>**1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:**<br>**1.1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią.**<br>albo<br>**1.2. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią**<br>albo<br>**1.3. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią**<br><br>**Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi**<br>1) Potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; | Dawka nasycająca **pertuzumabu**: 840mg (pierwszy cykl leczenia)<br><br>Dawka podtrzymująca **pertuzumabu**: 420mg (kolejne cykle leczenia)<br><br>Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu<br><br>W programie lekowym **trastuzumab** podaje się:<br>1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z **antracyklinami**,<br>2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem,<br>3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem **docetakselu** i **karboplatyny**,<br>4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem **paklitakselu** w monoterapii,<br>5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.<br>6) w skojarzeniu z **pertuzumabem** i **chemioterapią** przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej<br><br>**Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:** | zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;<br>i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej);<br>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;<br>k) EKG;<br>l) badanie ECHO;<br>m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych;<br><br>**1.2. Monitorowanie leczenia**<br>**1) Badania wykonywane nie rzadziej niż:**<br>**a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii**<br>**b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii**<br>– morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu),<br>– stężenie kreatyniny,<br>– aktywność AlAT, |

| | | |
|---|---|---|
| 2) Udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH);<br>3) Stopień zaawansowania:<br>a) **w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem**:<br>– nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych<br>lub<br>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego<br>albo<br>b) **w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią**:<br>– 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<br>lub<br>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego<br>albo<br>**c) w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem:**<br>– 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), | a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4)<br>albo<br>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<br><br>Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.<br><br>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.<br><br>**Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to :**<br>a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią<br>albo<br>b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z | – aktywność AspAT,<br>– stężenie bilirubiny,<br>**2) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:**<br>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).<br>Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>**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):**<br>a) EKG,<br>b) ECHO.<br>Dotyczy wyłącznie leczenia okołooperacyjnego trastuzumabem<br>**4) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące:**<br>– ECHO,<br>– EKG,<br>Dotyczy wyłącznie leczenia przedoperacyjnego pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią. |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>– średnica komponentu inwazyjnego guza piersi powyżej 5mm lub obecność przerzutu lub przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych stwierdzone na podstawie badania pooperacyjnego – niezależnie od stosowanego systemowego leczenia przedoperacyjnego,<br>albo<br>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;<br>4) Przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na:<br>a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii<br>lub<br>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).<br>Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d)<br>5) Obecność zmian chorobowych umożliwiających ocenę odpowiedzi według systemu RECIST 1.1 lub istotne pogorszenie stanu ogólnego, bezpośrednio związane z progresją choroby nowotworowej<br>6) Wartość LVEF co najmniej 50%;<br>7) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii anty HER2 stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu | kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3<br><br>W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu.<br><br>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).<br><br>**2. Leczenie przerzutowego raka piersi**<br>**2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego**<br>Dawka nasycająca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia)<br><br>Dawka podtrzymująca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia)<br><br>Dawka nasycająca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia) | **2. Leczenie przerzutowego raka piersi**<br>**2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji:**<br>a) Badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);<br>b) morfologia krwi z rozmazem,<br>c) stężenie kreatyniny,<br>d) aktywność AlAT,<br>e) aktywność AspAT,<br>f) stężenie bilirubiny,<br>g) 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<br>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;<br>i) 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; |

| | | |
|---|---|---|
| Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;<br>8) Sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>9) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;<br>10) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję.<br><br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi 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.<br><br>**2. Leczenie przerzutowego raka piersi**<br>**2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:**<br>**2.1.1.** Leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi)<br>albo<br>**2.1.2.** Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi)<br>albo<br>**2.1.3.** Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) | Dawka podtrzymująca **trastuzumabu dożylnego** podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia)<br><br>Dawka **trastuzumabu podskórnego**: 600 mg (w każdym cyklu)<br><br>W terapii przerzutowego raka piersi **trastuzumab** podaje się:<br>a) w skojarzeniu z **chemioterapią** lub **inhibitorem aromatazy**<br>lub<br>b) w **monoterapii**<br>lub<br>c) w skojarzeniu z **pertuzumabem** i **docetakselem**<br><br>Dawka nasycająca **pertuzumabu**: 840mg (pierwszy cykl leczenia)<br><br>Dawka podtrzymująca **pertuzumabu**: 420mg (kolejne cykle leczenia)<br><br>Dawka **docetakselu**: 75-100mg/m2 (w każdym cyklu)<br><br>W terapii łączonej z pertuzumabem i trastuzumabem należy podać 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy | j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);<br>k) EKG<br>l) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2;<br>m) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO<br>n) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne);<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia:**<br>**1) Przed każdym kolejnym cyklem leczenia (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu, trastuzumabu w monoterapii lub trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy lub inhibitorów CDK 4/6 w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy lub fulwestrantem**<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) stężenie kreatyniny;<br>c) aktywność AlAT;<br>d) aktywności AspAT;<br>e) stężenie bilirubiny. |

| | | |
|---|---|---|
| albo<br>**2.1.4.** Leczenie przerzutowego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)<br><br>**Kryteria kwalifikacji przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego**<br>1) Potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi :<br>a) uogólniony (IV stopień zaawansowania)<br>lub<br>b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);<br>2) Udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH);<br>3) Obecność zmian chorobowych umożliwiających ocenę odpowiedzi według systemu RECIST 1.1;<br>4) Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG<br>5) Wartość LVEF co najmniej 50%;<br>6) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii anty HER2 stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;<br>7) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;<br>8) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję; | wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Możliwe jest także zmniejszenie dawki docetakselu, jeśli jest wskazane klinicznie.<br><br>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.<br><br>Maksymalna dobowa dawka **lapatynibu**: 1250mg / dobę (codziennie)<br><br>Maksymalna dobowa dawka **kapecytabiny** w skojarzeniu z **lapatynibem**: 2000 mg/m2 powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.<br><br>Dawka **trastuzumabu emtanzyny**: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie)<br><br>Możliwość redukcji dawki zgodnie z ChPL aktualną na dzień wydania decyzji.<br><br>**2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego** | f) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), na początku drugiego cyklu, a potem w zależności od wskazań klinicznych)<br><br>U chorych leczonych trastuzumabem emtanzyną powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia.<br><br>Podczas stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie morfologii krwi należy wykonać również przed każdym podaniem cytostatyku<br><br>Podczas leczenia inhibitorami CDK 4/6 powyższe badania wykonuje się co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia, na początku każdego z 4 kolejnych cykli, a następnie w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**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**<br>a) EKG,<br>b) ECHO,<br>c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych |

9) Nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym potwierdzonych wynikami badania obrazowego wykonanego w sytuacji wystąpienia klinicznych wskazań;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi 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.

**2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:**

**2.2.1.** Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)

albo

**2.2.2.** Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I linia zaawansowanego raka piersi -tylko w przypadku abemacyklibu lub rybocykibu lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi))

W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.

**Kryteria kwalifikacji przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:**

1) Wiek powyżej 18 roku życia;
2) Potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.

Maksymalna dawka dobowa **palbocyklibu**: 125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni ,następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni)

Maksymalna dawka dobowa **rybocyklibu**: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni)

Maksymalna dawka dobowa **abemacyklibu**: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni).

Dawka **fulwestrantu** stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6: 500mg/dobę (podawany w 1,15 oraz 29 dniu a następnie raz na miesiąc)

Dawka dobowa **inhibitorów aromatazy** stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6:

a) **letrozol**: 2,5mg/dobę
b) **anastrozol**: 1 mg/dobę
c) **eksemestan**:25 mg/ dobę

W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni.

**2.3. Czas leczenia**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu

**3) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):**

a) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub miednicy lub MR (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian)
b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),
c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie)
d) 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

**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

| | | |
|---|---|---|
| a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)<br>lub<br>b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania)<br>3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%;<br>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));<br>5) Obecność zmian chorobowych możliwych do oceny wg. kryteriów RECIST 1.1;;<br>6) Stan:<br>a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):<br>– stan po obustronnym usunięciu jajników<br>– brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn)<br>– brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH<br>b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego. W takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH).<br>7) Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG<br>8) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi; | świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3 | aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.<br>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) W przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów miąższowych w następstwie masywnych przerzutów)<br>Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające:<br>a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy<br>albo<br>b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii)<br>10) W przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem:<br>a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi - dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem<br>lub<br>b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy<br>lub<br>c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu.<br>Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu);<br>11) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią<br>12) Nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 13) 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;<br>14) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję.<br><br>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.<br><br>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi 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.<br><br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) Progresja choroby nowotworowej<br>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 kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.;<br>4) Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów CTC-AE w wersji 4.03.);<br>5) Obniżenie sprawności:<br>a) do stopnia 2- 4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia wczesnego raka piersi,<br>b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia przerzutowego raka piersi;<br>6) Wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuacje leczenia;<br>7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>8) 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. | | |

Załącznik B.10.

# LECZENIE RAKA NERKI (ICD-10 C 64)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej sunitynib**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);<br>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki;<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;<br>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry; | **1. Sunitynib**<br>1.1. Zalecana dawka sunitynibu wynosi 50 mg doustnie raz na dobę przez 4 kolejne tygodnie, po czym następuje 14-dniowa przerwa, co stanowi pełny 6-tygodniowy cykl leczenia.<br>1.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się nasilenia wspomnianych objawów oraz w trakcie dalszego leczenia należy rozważyć redukcję dawki do 37,5 mg na dobę podawanej przez 4 kolejne tygodnie z następującą po tym okresie 14-dniową przerwą.<br>1.3. Jeżeli ciężkie objawy niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, to należy definitywnie zakończyć leczenie.<br>1.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 37,5 mg na dobę istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, to należy zmniejszyć dawkę leku do 25 mg na dobę podawanej przez 4 kolejne tygodnie z następującą po tym okresie 14-dniową przerwą.<br>1.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sunitynibem, sorafenibem, pazopanibem, aksytynibem, ewerolimusem, kabozantynibem i niwolumabem**<br>1) histologiczne potwierdzenie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>4) oznaczenie stężenia mocznika (nie dotyczy kabozantynibu);<br>5) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu);<br>10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) (nie dotyczy ewerolimusu i temsyrolimusu); |

12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:

a) wyniki badań czynności wątroby:

– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),

– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,

b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,

c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:

– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,

– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,

– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;

13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;

14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**1.3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;

3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;

4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;

5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;

6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

**2. Sorafenib**

2.1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw.

2.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 400 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg 1 raz dziennie).

2.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.

2.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 400 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zredukować dawkę leku do 400 mg podawanych co drugi dzień.

2.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.

**3. Pazopanib**

3.1. Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg doustnie raz na dobę.

3.2. Modyfikacje dawki: w zależności od indywidualnej tolerancji leczenia, w celu opanowania działań niepożądanych, dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo, za każdym razem o 200 mg. Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg

3.3. Zaleca się, aby pacjenci z łagodnymi nieprawidłowościami parametrów czynności wątroby byli leczeni na początku dawką 800 mg

11) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;

12) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu;

13) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla niwolumabu;

14) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) – dla niwolumabu;

15) oznaczenie przeciwciał anty HCV – dla niwolumabu;

16) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;

17) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;

18) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;

19) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;

20) badanie KT 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 przerzutów);

21) elektrokardiogram (EKG);

19) pomiar ciśnienia tętniczego;

22) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

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

**2. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej sorafenib**

**2.1. Kryteria kwalifikacji**

1) rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym potwierdzone badaniem histopatologicznym z materiału operacyjnego, biopsji guza nerki lub ogniska przerzutowego;
2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);
3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej immunoterapii z zastosowaniem interferonu alfa lub udokumentowane przeciwwskazania do dalszego stosowania interferonu alfa;
4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);
5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;
6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR;
7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;
9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);
10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;
12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:
    a) wyniki badań czynności wątroby:
        – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),

pazopanibu raz na dobę. U pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby zalecane jest stosowanie zmniejszonej dawki 200 mg pazopanibu . Stosowanie pazopanibu nie jest zalecane u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby.

**4. Aksytynib**

4.1. Zalecana początkowa dawka aksytynibu wynosi 5 mg dwa razy na dobę.

4.2. U pacjentów tolerujących początkową dawkę aksytynibu 5 mg dwa razy na dobę, u których przez dwa kolejne tygodnie nie wystąpiły działania niepożądane > stopnia 2. (tj. nie wystąpiły ciężkie działania niepożądane zgodnie z kryteriami opisującymi działania niepożądane CTCAE) można zwiększyć dawkę leku do 7 mg dwa razy na dobę z wyjątkiem pacjentów, u których ciśnienie tętnicze krwi wynosi > 150/90 mmHg lub którzy otrzymują leczenie obniżające ciśnienie krwi. Następnie, stosując te same kryteria, u pacjentów tolerujących aksytynib w dawce 7 mg dwa razy na dobę, można zwiększyć dawkę do maksymalnej dawki 10 mg dwa razy na dobę.

4.3. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki aksytynibu do 3 mg dwa razy na dobę, a następnie do 2 mg dwa razy na dobę.

4.4. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.

**2. Badania przy kwalifikacji do leczenia temsyrolimusem**

1) histologiczne potwierdzenia raka nerkowokomórkowego;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie liczby płytek krwi;
4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny;
6) oznaczenie stężenia bilirubiny;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej i alaninowej;
8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;
10) oznaczenie poziomu glukozy;
11) oznaczenie poziomu fosfatazy alkalicznej;
12) oznaczenie poziomu cholesterolu;
13) oznaczenie poziomu trójglicerydów;
14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
15) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;
16) badanie RTG klatki piersiowej, gdy zmiany w klatce piersiowej są możliwe do oceny tą metodą;
17) badanie KT 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 przerzutów).

– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,

b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,

c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:

– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,

– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,

– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;

13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;

14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**2.2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**2.3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;
2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorefenib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;
4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;
5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;
6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

**3. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej pazopanib**

**3.1. Kryteria kwalifikacji**

4.5. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 3 mg dwa razy na dobę, a następnie do 2 mg dwa razy na dobę istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zakończyć leczenie.

**5. Ewerolimus**

5.1. Ewerolimus jest stosowany w dobowej dawce 10 mg (1 raz dziennie 2 tabletki zawierające 5 mg albo 1 raz dziennie 1 tabletka zawierająca 10 mg) bez przerw.

5.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki ewerolimusu do 5 mg dziennie (1 tabletka po 5 mg 1 raz dziennie).

5.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.

5.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 5 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zakończyć leczenie.

**6. Temsyrolimus**

6.1. Temsyrolimus powinien być podawany dożylnie w dawce 25 mg we wlewie trwającym 30-60 minut w odstępach 7-dniowych.

6.2. W ramach premedykacji 30 minut przed rozpoczęciem podania temsyrolimusu należy stosować dożylnie difenhydraminę w dawce 20–50 mg lub podobny lek o działaniu przeciwhistaminowym.

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

**3. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
3) oznaczenia stężenia kreatyniny;
4) oznaczenie stężenia bilirubiny;
5) oznaczenie liczby płytek krwi – dla temsyrolimusu;
6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu);
9) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;
10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) – dla aksytynibu, kabozantynibu i niwolumabu;
11) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu;
12) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla temsyrolimusu;
13) elektrokardiogram (EKG) – dla aksytynibu, temsyrolimusu i kabozantynibu.

Badania wykonuje się:

1) co 6 tygodni - w przypadku leczenia sunitynibem;

1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;
2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);
3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem cytokin (udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej immunoterapii z zastosowaniem interferonu-α (IFN-α) lub przeciwwskazania do dalszego stosowania IFN-α);
4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);
5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;
6) możliwa obiektywna ocena w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;
7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i/lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;
9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);
10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;
12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:
    a) wyniki badań czynności wątroby:
        – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),
        – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,
    b) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
        – liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,

6.3. Nie występuje konieczność modyfikowania dawki w zależności od płci lub wieku.

**7. Kabozantynib**

7.1. Dawkowanie kabozantynibu oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

**8. Niwolumab**

8.1. Dawkowanie, sposób podawania oraz modyfikacja leczenia - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

8.2. Przerwę w podawaniu niwolumabu należy zastosować m.in. kiedy wystąpi następująca toksyczność pochodzenia immunologicznego (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCAE v4):
1) zapalenie płuc stopnia 2.;
2) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 2. lub 3.;
3) zapalenie wątroby – zwiększenie aktywności AspAT, AlAT lub zapalenie nerek, lub zaburzenia czynności nerek – zwiększenie stężenia kreatyniny stopnia 2. lub 3.: wzrost stężenia kreatyniny więcej niż 1,5-krotnie, ale nie więcej niż 6-krotnie w stosunku do górnej granicy normy;
4) endokrynopatie pochodzenia immunologicznego: objawowa niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, niedoczynność przysadki stopnia 2. lub 3. , niewydolność kory nadnerczy stopnia 2., cukrzyca stopnia 3.;

2) co 4 tygodnie - w przypadku leczenia sorafenibem, aksytynibem, ewerolimusem, temsyrolimusem, kabozantynibem i niwolumabem;
3) w 5 i 9 tygodniu a następnie co cztery tygodnie w przypadku leczenia pazopanibem;
4) dodatkowo w 3 i 7 tygodniu w przypadku leczenia pazopanibem dla oznaczeń określonych w punktach 4, 6, 7.

**4. Monitorowanie skuteczności leczenia**

1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;
2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;
3) elektrokardiogram (EKG) - w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu, ewerolimusu i sunitynibu;
4) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:
1) nie rzadziej niż co 12 tygodni; w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;
2) przed zakończeniem:
    a) co drugiego kursu leczenia – w przypadku sunitynibu,
    b) co trzeciego kursu leczenia – w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu i ewerolimusu;

| | | |
|---|---|---|
| – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;<br>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;<br>14) nieobecność chorób układu sercowo-naczyniowego, które nie mogą być opanowane przy użyciu dostępnych metod leczenia.<br>Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie.<br><br>**3.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na pazopanib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego, niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia oraz wystąpienia objawów toksyczności ze strony wątroby ≥ 3 stopnia;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**4. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej aksytynib**<br>**4.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym); | 5) wysypka stopnia 3.<br><br>Podawanie niwolumabu można wznowić po uzyskaniu poprawy i zredukowaniu dobowej dawki kortykosteroidów do dawki ≤ 10 mg prednizonu lub równoważnej dawki innego leku steroidowego, o ile ich podawanie było konieczne.<br><br>8.3. Przerwa w leczeniu niwolumabem nie może przekraczać 3 miesięcy. | 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.<br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST lub CHOI.<br>**Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 9 pkt 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**<br><br>**5. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.<br>W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 9 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. |

| | | |
|---|---|---|
| 3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, pazopanib - w I linii leczenia) stosowanych jako leczenie poprzedzające lub po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia cytokiną;<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;<br>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;<br>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górną granicę normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;13);<br>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **4.2.** Do programu, w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od daty wejścia w życie pierwszej decyzji o objęciu refundacją leku zawierającego substancję czynną aksytynib, kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni tą substancją czynną w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem badań klinicznych) w celu zapewnienia kontynuacji terapii.<br><br>**4.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**4.4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na aksytynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**5. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej ewerolimus**<br>**5.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);<br>3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, sorafenib, pazopanib) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii;<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); | | |

| | | |
|---|---|---|
| 5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;<br>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;<br>12) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych;<br>13) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;<br>14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;<br>15) prawidłowe stężenie glukozy we krwi;<br>16) niestosowanie leków z grupy silnych i umiarkowanych inhibitorów CYP3A4 (w szczególności ketokonazol, itrakonazol, worikonazol, klarytromycyna, telitromycyna, erytromycyna, werapamil, flukonazol, diltiazem, cyklosporyna). | | |

| | | |
|---|---|---|
| Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**5.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**5.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ewerolimus lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**6. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej temsyrolimus**<br>**6.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1. Do programu mogą być zakwalifikowani pacjenci spełniający następujące kryteria:<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);<br>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki;<br>4) stan sprawności 60 lub wyższy wg skali Karnofsky'ego;<br>5) niekorzystne rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>7) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z | | |

| | | |
|---|---|---|
| zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;<br>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nie wyższy niż 3-krotność górnej granicy określającej normę (w przypadku przerzutów do wątroby nie wyższy niż 5-krotność),<br>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) wyniki badań morfologii krwi z rozmazem:<br>– liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/$mm^3$,<br>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>– poziom hemoglobiny większy lub równy 8 mg/dl;<br>9) poziom cholesterolu, badanego na czczo, nie wyższy niż 350 mg/dl (9,1 mmol na litr);<br>10) poziom trójglicerydów badanych na czczo nie wyższy niż 400 mg/dl (4,5 mmol na litr);<br>11) potwierdzona obecność przynajmniej 3 z 6 poniżej wymienionych czynników ryzyka:<br>– aktywność dehydrogenazy mleczanowej przekraczająca ponad 1,5-krotnie górną granicę normy,<br>– stężenie hemoglobiny poniżej dolnej granicy normy,- stężenie skorygowane wapnia w surowicy > 10 mg/dl (2,5 mmol/l),<br>– krótszy niż 12 miesięcy czas od ustalenia rozpoznania do chwili włączenia do leczenia,<br>– stopień sprawności według skali Karnofsky'go poniżej 80 (60 lub 70),<br>– potwierdzenie obecności przerzutów w więcej niż jednym narządzie;<br>12) nieobecne przerzuty w OUN lub sytuacje po leczeniu chirurgicznym lub/i radioterapii (chorzy po wcześniejszym leczeniu z powodu przerzutów w OUN | | |

| | | |
|---|---|---|
| mogą być kwalifikowani do programu jedynie w przypadku stabilnego stanu neurologicznego i braku konieczności stosowania kortykosteroidów).<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>2. Do programu kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni temsyrolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem badań klinicznych) w celu zapewnienia kontynuacji terapii.<br><br>**6.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Chorzy na zaawansowanego raka nerkowokomórkowego z grupy wysokiego ryzyka powinni kontynuować leczenie temsyrolimusem do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które uniemożliwiają dalsze stosowanie leku.<br><br>**6.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na temsyrolimus lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 60 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**7. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej kabozantynib**<br>**7.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>3) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego;<br>4) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem terapii celowanej na czynnik wzrostu śródbłonka naczyniowego (VEGF) stosowanej jako jedyne leczenie albo jako leczenie poprzedzone wcześniejszą immunoterapią cytokiną; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 5) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu badań obrazowych i według RECIST;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;<br>12) zadowalająca wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1.5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginianowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy,<br>b) klirens kreatyniny ≥30 ml/min.,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>– liczba płytek krwi większa lub równa 105/mm3,<br>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm3,<br>– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;<br>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;<br>14) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni kabozantynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod | | |

| | | |
|---|---|---|
| warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**7.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**7.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na kabozantynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) konieczność stosowania leków z grupy silnych inhibitorów CYP3A4;<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>7) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**8. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej niwolumab**<br>**8.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego;<br>3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia antyangiogennego z wykorzystaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, pazopanib, sorafenib) stosowanego jako jedyne leczenie albo jako leczenie poprzedzone wcześniejszą immunoterapią cytokiną;<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>5) zmiany możliwe do oceny według systemu odpowiedzi RECIST 1.1;<br>6) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy); | | |

| | | |
|---|---|---|
| 7) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego,<br>10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (steroidy wziewne są dozwolone);<br>11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym;<br>12) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS;<br>13) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby;<br>14) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii niwolumabem;<br>15) nieobecność innych aktywnych schorzeń, które w opinii lekarza mogłyby maskować działania niepożądane niwolumabu, jak np. przewlekłe biegunki, ostre zapalenie uchyłków, przewlekłe zapalenie uchyłków w wywiadzie;<br>16) nieobecność istotnych klinicznie objawów toksyczności związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową;<br>17) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1,5- krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>– aktywność aminotransferaz: alaninowej (AlAT) i asparaginianowej (AspAT) w surowicy, nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy,<br>b) wartość klirensu kreatyniny ≥ 30ml/min,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>– liczba płytek krwi ≥ 105/mm3, | | |

| | | |
|---|---|---|
| – liczba leukocytów ≥ 2000/mm3,<br>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1500/mm3,<br>– stężenie hemoglobiny ≥ 9,5 g/dl;<br>18) nieobecność nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie;<br>19) nieobecność stanów, które w opinii lekarza stanowią udokumentowane przeciwwskazanie do terapii niwolumabem;<br>20) wiek powyżej 18 roku życia.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**8.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**8.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku wg kryteriów RECIST 1.1;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na niwolumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) ciąża i karmienie piersią;<br>4) wystąpienie toksyczności na tle immunologicznym zależnej od leczenia, m.in. (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCAE v4):<br>a) zapalenie płuc stopnia 3. lub 4.,<br>b) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 4.,<br>c) zapalenie wątroby: zwiększenie aktywności AspAT, AlAT lub bilirubiny całkowitej stopnia 3. lub 4. (wzrost stężenia AspAT lub AlAT więcej niż 5 x w stosunku do górnej granicy normy lub wzrost stężenia całkowitej bilirubiny więcej niż 3 x w stosunku do górnej granicy normy),<br>d) zapalenie nerek lub zaburzenia czynności nerek - wzrost stężenia kreatyniny stopnia 4.: więcej niż 6 x w stosunku do górnej granicy normy,<br>e) endokrynopatie pochodzenia immunologicznego: niedoczynność tarczycy stopnia 4., nadczynność tarczycy stopnia 4., niedoczynność przysadki stopnia 4., niewydolność kory nadnerczy stopnia 3. lub 4., cukrzyca stopnia 4., | | |

| | | |
|---|---|---|
| f) wysypka stopnia 4.,<br>g) działania niepożądane pochodzenia immunologicznego stopnia 2. lub 3., które utrzymują się pomimo modyfikacji leczenia lub w przypadku braku możliwości zredukowania dawki kortykosteroidów do 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku;<br>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**9. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>1) Z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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. | | |

Załącznik B.12.

# LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD - 10 C82.0; C82.1; C82.7)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW<br>W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE<br>W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr><td colspan="3">Część I: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – pierwsza linia.</td></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji<br>Do leczenia kwalifikowani są wcześniej nieleczeni pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:<br>1) wiek ≥18 roku życia;<br>2) potwierdzony histologicznie zaawansowany chłoniak grudkowy (stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor);<br>3) stan ogólny według WHO 0 – 2.<br><br>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu<br>1) czynne zakażenie HBV lub HCV;<br>2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium;<br>3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium;<br>4) niewydolność krążenia wg skali NYHA > II;<br>5) niewydolność wieńcowa wg skali CSS > II;</td>
<td>1. Dawkowanie<br>1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego wymagający leczenia – leczenie indukcyjne<br>Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z chemioterapią - CHOP, CVP lub Bendamustyna)<br>Cykl 1<br>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1 dniu ((dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia.<br>Cykle 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego)<br>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia.<br>Leczenie indukcyjne obejmuje nie więcej niż 8 cykli.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;<br>2) ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, eGFR, kwasu moczowego, AST, ALT, i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi);<br>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);<br>5) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej w tym ocena obecności antygenu CD20;<br>6) 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;<br>7) 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;<br>8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br>Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 6) inne czynne, ciężkie zakażenia;<br>7) ciąża.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6-8 cykli w zależności od zastosowanej chemioterapii, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.);<br>2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia, związanych z leczeniem obinutuzumabem;<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia;<br>4) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML);<br>5) czynne zakażenie HBV lub HCV;<br>6) ciąża. | **2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego – leczenie podtrzymujące**<br>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego. | **2. Monitorowanie leczenia**<br>Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:<br>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;<br>2) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>3) stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi;<br>4) elektrolity (stężenie sodu i potasu);<br>5) aktywność AST, ALT;<br>6) stężenie bilirubiny w surowicy krwi.<br><br>Badanie przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia)<br>1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (rejestrze SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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. |
| **Część II: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – oporność lub progresja** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:<br>1) wiek ≥18 roku życia;<br>2) potwierdzony histologicznie chłoniak złośliwy typu grudkowego;<br>3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczeniu rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab;<br>4) stan ogólny według WHO 0 – 2.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br>1) czynne zakażenie HBV lub HCV;<br>2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy;<br>3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;<br>4) niewydolność krążenia wg NYHA >II;<br>5) niewydolność wieńcowa wg CCS > II;<br>6) inne czynne, ciężkie zakażenia;<br>7) ciąża. | **1. Dawkowanie**<br>**1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie indukcyjne**<br>*Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z bendamustyną)*<br>*Cykl 1*<br>Obinutuzumab podaje się w skojarzeniu z bendamustyną w zalecanej dawce 1000mg w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.<br>*Cykle 2-6*<br>Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia.<br>Bendamustynę w dawce 90 mg/m$^2$ podaje się dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia (*cykle 1-6*). Dopuszcza się redukcję dawki zgodnie z zapisem w ChPL.<br><br>**2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie podtrzymujące**<br>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;<br>2) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);<br>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);<br>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;<br>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;<br>7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br>Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:<br>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;<br>2) stężenie kreatyniny;<br>3) stężenie kwasu moczowego;<br>4) elektrolity (stężenie sodu i potasu); |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6 cykli, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie; (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.);<br>2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia;<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia;<br>4) potwierdzone rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii;<br>5) czynne zakażenie HBV lub HCV;<br>6) ciąża. | | 5) aktywność AST, ALT;<br>6) stężenie bilirubiny.<br><br>Badania przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia):<br>1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR).<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.14.

# LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10 C 92.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) stan ogólny 0-2 według WHO;<br>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem:<br>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,<br>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,<br>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem<br>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem,<br>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS,<br>f) ze stwierdzoną progresją choroby,<br>g) nietolerujący imatinibu;<br>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni nilotynibem lub bosutynibem nietolerujący nilotynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia nilotynibem lub bosutynibem | **1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem**<br>Zalecana dawka początkowa dazatynibu w przewlekłej fazie PBSz wynosi 100 mg raz na dobę, podawane doustnie.<br>Zalecana dawka początkowa dazatynibu w zaawansowanych fazach choroby wynosi 140 mg raz na dobę, podawane doustnie. Zaawansowane fazy PBSz obejmują fazę akceleracji, fazę przełomu blastycznego, który może być mieloblastyczny lub limfoblastyczny. Podobnie jest traktowana ostra białaczka limfoblastyczna z chromosomem filadelfijskim (Ph+ALL).<br>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania dazatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>**2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem.** | **1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina,<br>e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,<br>f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),<br>g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie).<br>**1.2. Monitorowanie leczenia dazatynibem**<br>Co dwa tygodnie - przez 12 tygodni, a następnie co 3 miesiące lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina.<br>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej |

6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali dazatynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib lub bosutynib.

W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.

**1.2. Kryteria wyłączenia**

1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na dazatynib;
2) toksyczność powyżej 2 według WHO, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych działań niepożądanych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych działań niepożądanych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość);
3) stan sprawności 3-4 według WHO;
4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:
   – brak remisji hematologicznej,
   – brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);
5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS;
6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;
7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym.
8) toksyczność hematologiczna lub pozahematologiczna w stopniu 3 lub 4 - która przejawia się pomimo przerw w leczeniu.

**1.3. Określenie czasu leczenia dazatynibem w programie**

Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla pacjenta z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało

Zaleca się podawanie dawki 800 mg nilotynibu na dobę, podawanej w dwóch dawkach po 400 mg co około 12 godzin.

W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania nilotynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

**3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem.**

Zaleca się podawanie dawki 500 mg bosutynibu raz na dobę. Zwiększenie dawki do 600 mg raz na dobę jest dozwolone u pacjentów, u których nie wystąpiły ciężkie ani długotrwałe działania niepożądane o nasileniu umiarkowanym w sytuacji:

– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8;
– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.

W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania bosutynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki zgodnie z zapisami zawartymi w ChPL leku Bosulif.

**4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem**

Rozpoczęcie leczenia dawką 45 mg raz na dobę doustnie zaleca się u chorych z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją

– CCyR lub BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.

**2. Leczzenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem**

**2.1. Badania przy kwalifikacji**

a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
b) AspAT, AlAT,
c) kreatynina,
d) bilirubina,
e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,
f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),
g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),

**2.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem**

Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):

a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
b) AspAT, AlAT,
c) kreatynina,
d) bilirubina.

Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.

**2.3. Monitorowanie przewlekłej białaczki szpikowej u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną w fazie odstawienia leczenia**

| | | |
|---|---|---|
| to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.<br><br>**2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) stan ogólny 0-2 według WHO;<br>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem:<br>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,<br>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,<br>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem<br>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem,<br>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS,<br>f) ze stwierdzoną progresją choroby,<br>g) nietolerujący imatinibu,<br>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni dazatynibem lub bosutynibem nietolerujący dazatynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia dazatynibem lub bosutynibem.<br>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.<br><br>**2.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na nilotynib; | PBSz do fazy akceleracji lub kryzy blastycznej.<br>Rozpoczęcie leczenia dawką 30 mg raz na dobę lub 15 mg raz na dobę zaleca się u chorych nietolerujących uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzkiem powikłań w układzie sercowo – naczyniowym.<br>U świadczeniobiorców, którzy osiągnęli przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub BCR-ABL <10% [IS]* (MR1) można zredukować dawkę ponatynibu do 30 mg lub 15 mg/d w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.<br>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania ponatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | U spełniających kryteria pacjentów, u których odstawiono leczenie nilotynibem konieczne jest monitorowanie:<br>a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL,<br>b) morfologii krwi z rozmazem<br>Badania należy wykonywać nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 6 miesięcy od odstawienia nilotynibu, następnie co 6 tygodni przez kolejne 6 miesięcy, a później co 12 tygodni.<br>Po ponownym włączeniu leczenia u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia nilotynibem konieczne jest monitorowanie:<br>a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL,<br>b) morfologii krwi z rozmazem co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące<br>Monitorowanie liczby i kopii transkryptów BCR-ABL musi być wykonywane za pomocą ilościowego badania molekularnego*<br><br>**2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji**<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina,<br>e) badanie cytogenetyczne szpiku (opcjonalnie)<br>f) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie)<br>g) badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, |

| | | |
|---|---|---|
| 2) toksyczność powyżej 2 według WHO, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych działań niepożądanych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych działań niepożądanych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość);<br>3) stan sprawności 3-4 według WHO;<br>4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:<br>– brak remisji hematologicznej,<br>– brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);<br>5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS;<br>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;<br>7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym.<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia nilotynibem w programie**<br>Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla pacjenta z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.<br>Można rozważyć odstawienie leczenia u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną (przynajmniej MR4.0) podczas leczenia nilotynibem, po wcześniejszym leczeniu imatynibem (pkt. 2.4).<br><br>**2.4. Kryteria odstawienia leczenia nilotynibem u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną (przynajmniej MR4.0) oraz warunki wznowienia leczenia**<br>Można rozważyć zakończenie leczenia u pacjentów z PBSz w fazie przewlekłej z chromosomem Philadelphia (Ph+) spełniających łącznie poniższe kryteria: | | **2.2. Monitorowanie leczenia bosutynibem**<br>Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina.<br>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej CCyR lub BCR-ABL <1% [IS]*($MR^2$), a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni *<br><br>**3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem**<br>**3.1. Badania przy kwalifikacji**<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina, lipaza, trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i -LDL<br>e) badanie cytogenetyczne szpiku lub ilościowe badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,<br>f) badanie mutacji domeny kinazy ABL<br>g) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),<br>h) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),<br><br>**3.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem**<br>Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni): |

| | | |
|---|---|---|
| 1) w pierwszej linii leczenia stosowano imatynib<br>2) leczenie nilotynibem przez co najmniej 3 lata,<br>3) w tym głęboka odpowiedź molekularna utrzymuje się przez minimum jeden rok bezpośrednio przed planowanym odstawieniem leczenia.<br>Pacjenci z utratą większej odpowiedzi molekularnej (MMR): BCR-ABL >0,1% [IS]* powinni wznowić leczenie nilotynibem w ciągu 4 tygodni od stwierdzenia utraty MMR.<br>W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia nilotynibem.<br><br>**3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem**<br>**3.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) stan ogólny 0-2 według WHO;<br>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej lub akceleracji dotychczas leczeni imatinibem:<br>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,<br>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,<br>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% [IS]* ($MR^1$) w 6 miesiącu leczenia imatynibem<br>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% [IS]*($MR^2$) po 12 miesiącach leczenia imatynibem,<br>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną, cytogenetyczną lub większą odpowiedź molekularną - BCR-ABL >0,1% [IS]* ($MR^3$)<br>f) ze stwierdzoną progresją choroby,<br>g) nietolerujący imatinibu,<br>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których podczas leczenia nilotynibem lub dazatynibem, wystąpiła | | a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina, lipaza,<br>e) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i –LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem<br>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne : co 90 dni<br>do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR (BCR-ABL <1% [IS]*($MR^2$)) a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.*<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| nietolerancja na nilotynib lub dazatynib lub nieodpowiadający na leczenie nilotynibem lub dazatynibem (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group),<br>6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali bosutynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib -lub dazatynib (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group).<br>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib, nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.<br><br>**3.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na bosutynib;<br>2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego<br>3) stan sprawności 3-4 według WHO;<br>4) brak skuteczności leczenia po 3 miesiącach stosowania leku:<br>– brak remisji hematologicznej,<br>– brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są obecne komórki Ph(+), ale jest ich mniej niż 35 %);<br>5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL >1% [IS]* ($MR^2$)<br>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;<br>7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+)<br><br>**3.3. Określenie czasu leczenia bosutynibem w programie**<br>Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli | | |

| | | |
|---|---|---|
| nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.<br>W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji, jeśli stwierdza się oporność na te leki.<br>W przypadku nietolerancji nilotynibu lub dazatynibu stosowanych w drugiej lub trzeciej linii leczenia można zastosować bosutynib jako kolejny inhibitor. W przypadku nietolerancji możliwe jest więc zastosowanie 3 inhibitorów drugiej generacji.<br><br>**4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem**<br>**4.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) stan ogólny 0-2 według WHO;<br>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których występuje oporność na imatynib związana z wykrytą mutacją T315I lub oporność albo nietolerancja leczenia innymi inhibitorami kinazy tyrozynowej lub gdy zastosowanie innego niż ponatynib inhibitora kinazy tyrozynowej objętego refundacją w tych wskazaniach nie jest właściwe z powodów klinicznych.<br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ponatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**4.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na ponatynib;<br>2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego<br>3) stan sprawności 3-4 według WHO;<br>4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku: | | |

| | | |
|---|---|---|
| – brak remisji hematologicznej,<br>– brak remisji cytogenetycznej minimalnej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%)<br>5) brak częściowej remisji cytogenetycznej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku >35%) po 6 miesiącach lub BCR-ABL >10% [IS]* (MR[1])<br>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;<br>7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph +) lub nowych mutacji ABL<br><br>**4.3. Określenie czasu leczenia ponatynibem w programie**<br>Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy wszcząć procedurę kwalifikacji do leczenia przeszczepieniem komórek krwiotwórczych. | | |

*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.15.

# ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B (ICD-10 D 66, D 67)

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

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. – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII lub koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – koncentraty rekombinowanych czynników krzepnięcia minimum drugiej generacji lub o przedłużonym działaniu.

**2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień**

**2.1.** Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1. dnia życia do ukończenia 18. roku życia, chorych na hemofilię A lub B, po wystąpieniu więcej niż jednego krwawienia do stawów.

Substancja czynna finansowana w ramach wtórnej profilaktyki krwawień:

1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII lub koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – koncentraty

700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);

b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).

2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:

140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).

3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu:

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

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

Dawkowanie czynnika VIII:

1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin;
2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.;
4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.

Dawkowanie czynnika IX osoczopochodnego:

1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co

leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu.

**2. Monitorowanie leczenia**

**2.1.** Ocena skuteczności leczenia

W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:

1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;
2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;
3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.

**2.2.** W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.

Badania w monitorowaniu leczenia:

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

| | | |
|---|---|---|
| rekombinowanych czynników krzepnięcia minimum drugiej generacji lub o przedłużonym działaniu.<br><br>**2.2.** Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:<br>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII lub koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu;<br>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – koncentraty rekombinowanych czynniki krzepnięcia minimum drugiej generacji lub o przedłużonym działaniu.<br><br>**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.<br>Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18. roku życia:<br>1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy) zakwalifikowani na podstawie | 12 godzin;<br>2) od drugiej do piątej doby: 40 do 60 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;<br>3) szósta doba jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.;<br>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.<br><br>Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX rekombinowanego o przedłużonym działaniu:<br>1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin;<br>2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;<br>3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.;<br>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.<br><br>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. | **2.3.** Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań:<br>1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);<br>2) ocena aktywności czynników krzepnięcia VIII i IX (w hemofilii A – czynnika VIII, w hemofilii B – czynnika IX); w zależności od sytuacji klinicznej powyższe badanie należy wykonać w razie braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce oraz w innych uzasadnionych sytuacjach (np. przed zabiegami i procedurami inwazyjnymi lub po zmianie produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny).<br><br>**2.4.** Oznaczanie inhibitora<br>1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 10 przetoczeniach;<br>2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy;<br>3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny;<br>4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce.<br><br>W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.<br>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). |

| | | |
|---|---|---|
| decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B;<br>2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia**<br>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).<br><br>**5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony):<br>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;<br>2) ukończenie 18. roku życia.<br><br>**6. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | | **3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>2) Uzupełnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący danych zawartych w rejestrze (Elektroniczny System Monitorowania Programów Lekowych) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.<br>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.17.

# LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI (ICD-10 D80, W TYM: D80.0, D80.1, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.8, D80.9; D81 W CAŁOŚCI; D82, W TYM: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9; D83, W TYM: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9; D89)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54);<br>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;<br>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości | **1. Dawkowanie**<br>**1.1** Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin).<br>**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. ).<br>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.<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) AlAT;<br>3) AspAT;<br>4) oznaczanie subpopulacji limfocytów;<br>5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał;<br>6) proteinogram;<br>7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów;<br>8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych;<br>9) badanie składowych dopełniacza;<br>10) test stymulacji limfocytów.<br>W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia.<br>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>**2.1** Immunoglobuliny dożylne<br>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.<br><br>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.<br>Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin.<br>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.<br>W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórnie, początkowa dawka produktu leczniczego zawierającego immunoglobulinę ludzką z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy powinna być taka sama jak w dotychczasowym leczeniu podskórnym, jednak może być dostosowana do 3- lub 4- tygodniowych odstępów między kolejnymi dawkami. Pierwszą infuzję ww. produktu leczniczego należy wykonać tydzień po ostatnim podaniu uprzednio stosowanej immunoglobuliny.<br><br>Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych:<br>1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG<br>2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCIg podaje personel medyczny<br>3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCIg podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego<br>4) Wizyty piąta i szósta (opcjonalnie): SCIg administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod | a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) AlAT,<br>c) AspAT,<br>d) poziom IgG w surowicy.<br>Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin);<br>w przypadku braku komplikacji raz na pół roku:<br>- oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.<br>W przypadku wskazań dodatkowo:<br>a) IgA w surowicy krwi,<br>b) IgM w surowicy krwi.<br>Raz na 6 miesięcy:<br>- USG jamy brzusznej.<br>Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań:<br>a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.<br>b) IgA w surowicy krwi,<br>c) IgM w surowicy krwi,<br>d) USG jamy brzusznej.<br>**2.2** Immunoglobuliny podskórne<br>Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy:<br>a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał),<br>b) morfologia krwi z rozmazem,<br>c) AlAT,<br>d) AspAT.<br>Raz na 6 miesięcy:<br>- USG jamy brzusznej.<br>Raz na rok:<br>- badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV).<br>O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia |

| | | |
|---|---|---|
| | nadzorem personelu medycznego<br>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<br>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<br>7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy | w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej. |

Załącznik B.18.

# LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI (ICD-10 E 22.8) LUB ZAGRAŻAJĄCEJ PATOLOGICZNEJ NISKOROSŁOŚCI NA SKUTEK SZYBKO POSTĘPUJĄCEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO (ICD-10 E 30.9)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przedwczesne dojrzewanie płciowe typu ośrodkowego u dzieci (objawy dojrzewania płciowego u dziewcząt poniżej 8 roku życia, u chłopców poniżej 10 roku życia) ustalone na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych oraz badania klinicznego;<br>2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym.<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.<br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego;<br>2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat;<br>3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok). | **1. Dawkowanie triptoreliny**<br>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**<br>1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG);<br>2) stężenie estradiolu;<br>3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu;<br>4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu;<br>5) stężenie testosteronu;<br>6) test stymulacji wydzielania LH i FSH;<br>7) stężenie luteotropiny;<br>8) stężenie folikulotropiny;<br>9) stężenie prolaktyny;<br>10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb);<br>11) RTG śródręcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego;<br>12) USG miednicy małej i nadnerczy;<br>13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego;<br>14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka;<br>15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla. |

| | | |
|---|---|---|
| | | **1. Monitorowanie leczenia**<br><br>Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania:<br>1) LH;<br>2) FSH;<br>3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla.<br>Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródręcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.19.

# LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATOTROPINOWĄ NIEDOCZYNNOŚCIĄ PRZYSADKI (ICD-10 E 23)

| 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.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;<br>2) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego, metodą Baley-Pineau;<br>3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;<br>4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);<br>5) niski wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w 2. godzinnym teście nocnego wyrzutu tego hormonu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu - test przesiewowy);<br>6) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,1 - 0,33mg (0,3 - 1,0 IU)/kg m.c. /tydzień. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) stężenie IGF-1;<br>2) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. $1,25(OH)_2D_3$;<br>3) stężenie Ca całkowitego i $Ca^{2+}$ we krwi;<br>4) stężenie fosforanów we krwi;<br>5) stężenie fosforanów w moczu;<br>6) stężenie wapnia w moczu.<br>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Po 90 dniach**<br>1) pomiar stężenia IGF-1.<br>**2.2 Co 90 dni**<br>1) próba zagęszczenia moczu z ewentualną korektą dawki hormonu antydiuretycznego (dotyczy niektórych świadczeniobiorców z WNP - najczęściej po zabiegach neurochirurgicznych z moczówką prostą);<br>2) test stymulacji wydzielania gonadotropin (z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin - 4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów) - dotyczy świadczeniobiorców z opóźnionym lub przedwczesnym pokwitaniem).<br>**2.2 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka |

| | | |
|---|---|---|
| dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia);<br>7) nawracające stany hipoglikemii w okresie noworodkowym lub niemowlęcym, szczególnie u dzieci z wadami linii pośrodkowej twarzoczaszki;<br>8) nieprawidłowości okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem, MRI).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) złuszczenia głowy kości udowej;<br>2) pseudo-tumor cerebri;<br>3) cukrzyca;<br>4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;<br>5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;<br>6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm/rok (nie dotyczy dziewcząt z dojrzałością szkieletu powyżej 14 lat i chłopców z dojrzałością szkieletu powyżej 16 lat);<br>7) osiągnięcie wieku kostnego:<br>a) powyżej 16 lat przez dziewczynkę,<br>b) powyżej 18 lat przez chłopca. | | glikowanej hemoglobiny $A_{1C}$<br>lub co 365 dni:<br>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.<br>**2.3 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia TSH;<br>2) pomiar stężenia IGF-1;<br>3) pomiar stężenia $fT_4$;<br>4) w zależności od potrzeb:<br>a) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. $1,25(OH)_2D_3$;<br>b) jonogram w surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia $Na^+$, fosforanów oraz Ca całkowitego i $Ca^{2+}$);<br>c) stężenie fosforanów w moczu;<br>d) stężenie wapnia w moczu.<br>**2.4 Co 365 dni**<br>1) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>2) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) konsultacja ortopedyczna,<br>b) RTG lub USG stawów biodrowych,<br>c) poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;<br>3) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna,<br>b) konsultacja neurologiczna,<br>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego TK z kontrastem lub MRI;<br>4) w przypadku podejrzenia lub wznowy choroby rozrostowej lub innych poważnych powikłań:<br>a) konsultacja okulistyczna,<br>b) konsultacja neurologiczna,<br>c) konsultacja neurochirurgiczna,<br>d) morfologia krwi z rozmazem, |

| | | |
|---|---|---|
| | | e) TK z kontrastem lub MRI OUN,<br>f) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb;<br>**2.5 Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu**<br>1) miesiąc po zakończeniu terapii hormonem wzrostu test stymulacji wydzielania GH insuliną (8 pomiarów stężeń GH) przed przekazaniem świadczeniobiorców pod opiekę poradni endokrynologii dla osób dorosłych ).<br>Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.20.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Świadczeniobiorców do programu kwalifikuje, według standardów diagnozowania pacjentów z ciężkim pierwotnym niedoborem insulinopodobnego czynnika wzrostu-1, Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;<br>2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku;<br>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);<br>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.);<br>5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn;<br>6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu | **1. Dawkowanie**<br>Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia $IGFBP_3$;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c}$;<br>6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia $fT_4$;<br>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);<br>8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;<br>9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;<br>10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb);<br>11) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia $IGFBP_3$;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii |

| | | |
|---|---|---|
| wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1**<br>1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;<br>2) złuszczenia głowy kości udowej;<br>3) pseudo-tumor cerebri;<br>4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;<br>5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;<br>6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok;<br>7) osiągnięcie wieku kostnego:<br>a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,<br>b) powyżej 16 lat przez chłopca. | | lub<br>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c.}$<br><br>**2.2 Co 90 dni**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi.<br>**2.3 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia TSH;<br>2) pomiar stężenia fT4;<br>3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);<br>4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1c. lub co 365 dni<br>5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii<br>**2.5 Co 365 dni**<br>1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;<br>2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;<br>3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.21.

# LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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):<br>1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy $B_{12}$ i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy $B_{12}$ lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów;<br>2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą $B_6$ (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u | **1. Dawkowanie**<br>1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g.<br>Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g.<br>W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę.<br><br>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:**<br>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;<br>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);<br>3) morfologia krwi;<br>4) stężenie witaminy $B_{12}$ i kwasu foliowego we krwi;<br>5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego;<br>6) profil acylokarnityn metodą MS/MS;<br>7) MRI OUN;<br>8) konsultacja neurologiczna;<br>9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);<br>11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przebył lansektomii).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:**<br>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;<br>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);<br>3) morfologia krwi;<br>4) stężenie witaminy $B_{12}$, kwasu foliowego, witaminy $25OHD_3$ we krwi;<br>5) poziom Ca, $PO_4^{3-}$, fosfatazy alkalicznej we krwi;<br>6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); |

| | | |
|---|---|---|
| dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy $B_6$;<br>3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia:**<br>1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę;<br>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;<br>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);<br>4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;<br>5) ciąża lub karmienie piersią. | | 8) konsultacja neurologiczna;<br>9) konsultacja dietetyczna.<br><br>W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.22.

# LECZENIE CHOROBY POMPEGO (ICD-10 E 74.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) oraz nieklasyczna postać (późna, *late-onset*) choroby Pompego, zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | **1. Dawkowanie**<br>Dawka preparatu alglukozydazy alfa wynosi 20 mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji. Lek należy podawać stopniowo. Zaleca się rozpoczęcie wlewu z szybkością 1 mg/kg m.c./h i stopniowe zwiększanie szybkości podawania leku o 2 mg/kg m.c./h, co 30 minut, do osiągnięcia maksymalnej szybkości 7 mg/kg m.c./h, jeśli nie wystąpią niepożądane reakcje związane z infuzją. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu choroby Pompego lub dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>**1.1. Postać klasyczna choroby**<br>1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) ocena miana CRIM (*cross-reactive immunological material*) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) układ krzepnięcia (INR, APTT);<br>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>6) aktywność CK, CK-MB;<br>7) gazometria;<br>8) USG jamy brzusznej z oceaną wątroby;<br>9) pomiary antropometryczne;<br>10) ciśnienie tętnicze krwi;<br>11) EKG;<br>12) USG serca;<br>13) RTG klatki piersiowej;<br>14) konsultacja pulmonologiczna; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciąża lub laktacja;<br>2) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;<br>3) Znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy. | | 15) konsultacja neurologiczna;<br>16) konsultacja kardiologiczna.<br><br>**1.2. Postać nieklasyczna choroby**<br>1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) układ krzepnięcia (INR, APTT);<br>4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP;<br>5) stężenie CK, CK-MB;<br>6) gazometria;<br>7) USG jamy brzusznej;<br>8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy);<br>9) pomiary antropometryczne;<br>10) ciśnienie tętnicze krwi;<br>11) EKG;<br>12) USG serca;<br>13) RTG klatki piersiowej;<br>14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej);<br>15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);<br>16) konsultacja laryngologiczna;<br>17) badanie audiometryczne;<br>18) badanie okulistyczne;<br>19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa); |

| | | |
|---|---|---|
| | | 20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);<br>21) konsultacja kardiologiczna;<br>22) konsultacja psychologiczna;<br>23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);<br>24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Co 180 dni** (okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii);<br>**2.1.1. Postać klasyczna choroby**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>3) stężenie CK, CK-MB;<br>4) gazometria;<br>5) układ krzepnięcia (INR, APTT);<br>6) ocena masy i długości ciała;<br>7) ciśnienie tętnicze krwi;<br>8) EKG;<br>9) USG serca;<br>10) USG jamy brzusznej;<br>11) RTG klatki piersiowej;<br>12) konsultacja neurologiczna;<br>13) konsultacja kardiologiczna; |

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

| | | |
|---|---|---|
| | | 3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel;<br>4) konsultacja pulmonologiczna;<br>5) RTG klatki piersiowej;<br>6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.23

# LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III (ICD-10 E 75.2)

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

wyłączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.

**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

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

**1.3. Kryteria wyłączenia**

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

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

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

przepisaną dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów.

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

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

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

**2. Monitorowanie leczenia**

**2.1. Co 180 dni:**

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

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

**2.2. Co 365 dni:**

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

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria zmiany leczenia enzymatyczną terapią zastępczą (ETZ) na eliglustat**<br>1) Nadwrażliwość na ETZ;<br>2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ).<br><br>**4. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą.**<br>W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń.<br>1) Nadwrażliwość na eliglustat;<br>2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;<br>3) Ciąża;<br>4) Laktacja;<br>5) Okresowe stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w charakterystyce produktu leczniczego. Typami metabolizmu i/lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem. | | nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym);<br>5) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania);<br>6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich;<br>7) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>8) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>9) Konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach);<br>10) Spirometria (w uzasadnionych przypadkach);<br>11) Chitotriozydaza;<br>12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.24.

# LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii.<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciąża lub laktacja; | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym.<br><br>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<br><br>Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin.<br><br>Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu.<br><br>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**<br>1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem;<br>3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obligatoryjnym);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>6) stężenie fosfatazy alkalicznej;<br>7) stężenie witamin E i D;<br>8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej;<br>9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;<br>10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa;<br>11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;<br>12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>14) EKG;<br>15) USG układu sercowo-naczyniowego;<br>16) konsultacja laryngologiczna;<br>17) badanie audiometryczne;<br>18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów;<br>19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka;<br>20) konsultacja neurologiczna;<br>21) konsultacja kardiologiczna; |

| | | |
|---|---|---|
| 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę;<br>3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;<br>4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu);<br>5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 22) test 3/6 minutowego marszu;<br>23) pomiary antropometryczne;<br>24) badanie spirometryczne układu oddechowego;<br>25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Raz na 180 dni**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>3) stężenie fosfatazy alkalicznej;<br>4) test 3/6 minutowego marszu.<br><br>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br><br>**2.2 Co 365 dni**<br>1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni);<br>2) stężenie witaminy E i D;<br>3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;<br>4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych);<br>5) pomiary antropometryczne;<br>6) EKG;<br>7) USG serca;<br>8) konsultacja kardiologiczna;<br>9) konsultacja laryngologiczna; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 10) badanie audiometryczne;<br>11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów;<br>12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach);<br>13) konsultacja neurologiczna;<br>14) badanie spirometryczne układu oddechowego;<br>15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej;<br>16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>17) test 3/6 minutowego marszu;<br>18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;<br>19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.25.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry;<br>b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciąża lub laktacja;<br>2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego | **1. Dawkowanie**<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) układ krzepnięcia;<br>3) proteinogram;<br>4) gazometria;<br>5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina;<br>6) cholesterol;<br>7) witamina D i K;<br>8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;<br>9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);<br>10) parametry życiowe;<br>11) pomiary antropometryczne;<br>12) EEG;<br>13) EKG;<br>14) echokardiografia;<br>15) RTG klatki piersiowej;<br>16) USG jamy brzusznej;<br>17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa;<br>18) RTG kręgosłupa;<br>19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);<br>20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);<br>21) badanie audiometryczne;<br>22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów |

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

| | | |
|---|---|---|
| | | niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hunter. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br><br>**2.2 Co 365 dni**<br>1) cholesterol;<br>2) witaminy D i K;<br>3) RTG klatki piersiowej;<br>4) RTG kręgosłupa;<br>5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza);<br>6) badanie audiometryczne;<br>7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka;<br>8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.27.

# LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ (ICD-10 E 84)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1.Kryteria kwalifikacji**<br>a) wiek od 6 lat,<br>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołanym przez Pseudomonas aeruginosa,<br>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).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny do schematu leczenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na tobramycynę, inny aminoglikozyd czy substancję pomocniczą;<br>2) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne);<br>3) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl);<br>4) krwioplucie nie mniejsze niż 60 $cm^3$ na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny;<br>5) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej. | **1. Dawkowanie**<br>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.<br>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin.<br>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). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) stężenie kreatyniny;<br>2) stężenie mocznika;<br>3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie);<br>4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność P. aeruginosa na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę;<br>5) RTG klatki piersiowej;<br>6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku;<br>7) audiometria.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1** Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni:<br>1) badanie mikrobiologiczne;<br>2) badanie spirometryczne.<br>**2.2** Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia:<br>1) stężenie kreatyniny;<br>2) stężenie mocznika;<br>3) badanie mikrobiologiczne;<br>4) badanie spirometryczne;<br>5) badanie słuchu – audiometria.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych |

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

Załącznik B.28.

# LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY (ICD-10 G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 24.8, G 51.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5.<br>1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:<br>a) w kręczu karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia: badanie TK lub MRI głowy, poziom miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej,<br>b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),<br>c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy,<br>d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne,<br>e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi,<br>f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne;<br>2) Wykluczenie miastenii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach); | **1. Dawkowanie**<br>**1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)**<br>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.;<br>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;<br>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;<br>d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;<br>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.;<br>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m..<br>**1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)**<br>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.; | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Poziom miedzi;<br>2) Poziom ceruloplazminy;<br>3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji);<br>4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej;<br>5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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.<br>**3. Monitorowanie programu** |

| | | |
|---|---|---|
| 3) Brak objawów uogólnionego zakażenia;<br>4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania;<br>5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku;<br>2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>3) Powstanie oporności na lek;<br>4) Stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego;<br>5) Objawy uogólnionego zakażenia;<br>6) Zapalenie okolicy miejsca podania;<br>7) Ciąża;<br>8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy). | b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;<br>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;<br>d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.;<br>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;<br>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m..<br><br>**1.3. Botulinum A toxin a l00 j. (Xeomin)**<br>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;<br>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko;<br>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.;<br>d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;<br><br>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;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.29.

# LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia interferonem beta, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a albo teryflunomidem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4 i 5 albo pacjenci spełniający kryterium 6.<br>1) Rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;<br>2) W przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją;<br>3) Stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie;<br>4) Brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta albo octanem glatirameru oraz wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu albo peginterferonem beta-1a albo teryflunomidem;<br>– pacjentów poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów lub neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM oraz pod warunkiem przekazania opiekunom chorych/chorym kwalifikowanym do terapii pisemnej informacji na temat aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie; | **1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie**<br>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu oraz teryflunomidem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Badania biochemiczne w tym oceniające:<br>a) funkcje nerek,<br>b) funkcje wątroby,<br>c) funkcje tarczycy;<br>2) Badanie ogólne moczu;<br>3) Morfologia krwi z rozmazem;<br>4) Rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu<br>(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.);<br>5) Test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym;<br>6) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS. |

| | | |
|---|---|---|
| 5) Brak przeciwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;<br>– stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Stosowanie leczenia w ciąży jest możliwe po przekazaniu pacjentce pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku;<br>6) Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:<br>a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia;<br>b) pacjentów uprzednio leczonych interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub teryflunomidem 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;<br>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.<br><br>**2. Zamiana leków interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu oraz teryflunomid**<br>Dopuszcza się zamiany leków pierwszej linii (interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid) w przypadku:<br>a) wystąpienia objawów niepożądanych, albo<br>b) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje | | **2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Ocena stanu neurologicznego, co 3 miesiące;<br>2) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego);<br>3) Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 (z wyjątkiem oceny funkcji tarczycy) wykonywane są:<br>a) u dorosłych:<br>– przez pierwsze 6 miesięcy leczenia – co 3 miesiące,<br>– następnie minimum co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii z rozmazem, która powinna być wykonywana co 3 miesiące,<br>b) u dzieci i młodzieży:<br>– przez pierwsze 3 miesiące – co miesiąc,<br>– następnie co 3 miesiące lub częściej w razie konieczności (do decyzji lekarza leczącego);<br>4) Pozostałe badania powinny być wykonywane zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.<br>Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia. |

| | | |
|---|---|---|
| korzyść terapeutyczną dla pacjenta, albo<br>c) w przypadku częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) Przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową;<br>2) Stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji);<br>3) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych.<br><br>**4. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. Za brak skuteczności wymagający zmiany leczenia przyjmuje się wystąpienie obu poniższych sytuacji (pkt 1 oraz pkt 2).<br>1) Liczba i ciężkość rzutów:<br>a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych, lub<br>b) 1 ciężki rzut po pierwszych 6 miesiącach;<br>2) Zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),<br>b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.<br><br>**5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie**<br>Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów nieskuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. | | **3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. | | |

Załącznik B.30.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria:<br>1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych.<br>2) wiek 2-17 lat.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>2) powstanie oporności na leczenie;<br>3) myastenia gravis;<br>4) objawy uogólnionego zakażenia;<br>5) zapalenie okolicy miejsca podania;<br>6) ciąża. | **1. Dawkowanie Dysportu**<br>Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.<br><br>**2. Dawkowanie Botoxu**<br>Maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>Morfologia krwi z rozmazem.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.31.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA OGÓLNE | |
|---|---|
| **Kryteria włączenia** | 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg aktualnej klasyfikacji towarzystw naukowych ESC, ERS, AEPC);<br>2) udokumentowany aktualnie lub w przeszłości brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów); wymóg przeprowadzenia ostrego testu wazoreaktywności dotyczy pacjentów z idiopatycznym, polekowym lub dziedziczonym tętniczym nadciśnieniem płucnym;<br>3) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria włączenia" dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych.<br>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;<br>2) nadwrażliwość na substancję czynna lub substancje pomocnicze leku;<br>3) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi które wskazują konieczność zmiany terapii na inną (w obrębie lub poza programem leczenia TNP);<br>4) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria wyłączenia" dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych. |
| **Ocena klasy czynnościowej** | Oceny klasy czynnościowej należy dokonywać zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opublikowaną w Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Za równorzędną należy uznać klasyfikację New York Heart Association (NYHA). |
| **Zalecenia** | U miesiączkujących dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym należy zalecać stosowanie skutecznej metody antykoncepcji. |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| 5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;<br>6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);<br>7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).<br><br>**II. LECZENIE II RZUTU**<br>**II.A. MONOTERAPIA**<br>**1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil**<br>**1.1. Kryteria włączenia**<br>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej<br>lub<br>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia.<br><br>**1.2. Kryteria wyłączenia**<br>**a) bosentan**<br>Co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL,<br><br>**b) iloprost**<br>1) ciężka choroba niedokrwienna serca lub niestabilna dławica piersiowa;<br>2) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;<br>3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP;<br>4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;<br>5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym; | **4. Dawkowanie sildenafilu**<br>4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.<br>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.<br>**Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej** stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożliwości podania postaci stałej.<br><br>**5. Dawkowanie epoprostenolu**<br>5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:<br>1) stanu pacjenta;<br>2) odpowiedzi na leczenie;<br>3) tolerancji leczenia.<br>5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.<br>5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.<br><br>**6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej**<br>6.1. Dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie; | Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8-12 tygodni przed włączeniem do programu. Kryterium czasu nie jest wymagane u pacjentów <18 r.ż.<br><br>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.<br><br>1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:<br>a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości,<br>b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.<br>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.<br><br>**c) treprostinil**<br>1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych;<br>2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;<br>3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh;<br>4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia;<br>5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;<br>6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej;<br>7) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;<br>8) nieleczona niewydolność serca;<br>9) ciężkie zaburzenia rytmu serca;<br>10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP.<br><br>**2. Epoprostenol**<br>**2.1. Kryteria włączenia**<br>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej<br>lub<br>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia<br>lub | 6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii.<br><br>**7. Dawkowanie riocyguatu**<br>7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.<br>7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.<br><br>**8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej**<br>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).<br>Opakowanie zawierajcie 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap miareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta.<br>8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL.<br>8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL.<br>8.4. Dawka macytentan zgodnie z ChPL. | W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków).<br>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.<br>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.<br><br>**2.1. Badania nieinwazyjne**<br>1) ocena klasy czynnościowej;<br>2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania);<br>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności);<br>4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań |

| | | |
|---|---|---|
| 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.<br><br>**2.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;<br>2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;<br>3) laktacja;<br>4) inne przeciwwskazania określone w ChPL.<br><br>**3. Riocyguat**<br>**3.1. Kryteria włączenia**<br>1) II lub III klasa czynnościowa;<br>2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe.<br><br>**3.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;<br>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh);<br>3) ciąża;<br>4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);<br>5) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;<br>6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mm Hg.<br><br>**II.B. TERAPIA SKOJARZONA**<br>**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.<br><br>**10.** Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.<br><br>**B. Leczenie TNP u dzieci**<br>**1. Leczenie bosentanem**<br>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:<br>1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;<br>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;<br>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);<br>– 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.<br><br>**2.2. Badania inwazyjne**<br>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:<br>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;<br>2) jeżeli:<br>a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami<br>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:**<br>1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;<br>2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh;<br>3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia;<br>4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A;<br>5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu;<br>6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;<br>7) ciąża;<br>8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg.<br>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.<br><br>**3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:**<br>**a) bosentan**<br>**b) sildenafil**<br>**c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.**<br><br>**3.1. Kryteria włączenia**<br>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;<br>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<br>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia<br>lub<br>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu.<br>Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.<br>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.<br>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.<br><br>**3.2. Kryteria wyłączenia**<br>**a) bosentan** – określono w punkcie A I 1.2,<br>**b) sildenafil** – określono w punkcie A I 2.2,<br>**c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b,<br>**d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c,<br>**e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.<br><br>**4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem**<br>**4.1. Kryteria włączenia**<br>1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia;<br>2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL. | | |

| | | |
|---|---|---|
| Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.<br><br>**4.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2,<br>2) **macytentan** - określono w punkcie II B 1.2.b,<br>3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2,<br>4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.<br><br>**5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem)**<br>**5.1. Kryteria włączenia**<br>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej;<br>2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia.<br>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.<br><br>**5.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego;<br>2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha);<br>3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa;<br>4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy;<br>5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza;<br>6) Ciężkie arytmie;<br>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;<br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>**B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)**<br><br>**I. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)**<br><br>**1. Bosentan**<br><br>**1.1. Kryteria włączenia**<br><br>1) III klasa czynnościowa.<br><br>**1.2. Kryteria wyłączenia**<br><br>1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);<br>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;<br>4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt;<br>5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL.<br><br>**2. Sildenafil**<br>**2.1. Kryteria włączenia**<br>1) I-III klasa czynnościowa.<br><br>**2.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);<br>2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh);<br>3) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;<br>4) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION).<br><br>**II. LECZENIE II RZUTU**<br>**II.A. MONOTERAPIA**<br>**1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem**<br>**1.1. Kryteria włączenia**<br>Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje.<br><br>**II.B. TERAPIA SKOJARZONA** | | |

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

| | | |
|---|---|---|
| **C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT**<br><br>Leczenie pacjenta, który ukończył 18 rok życia i był wcześniej leczony w ramach programów lekowych w ośrodku pediatrycznym stanowi kontynuację udziału w programie i nie wymaga ponownej kwalifikacji. | | |

Załącznik B.32.

# LECZENIE CHOROBY LEŚNIOWSKIEGO - CROHNA (ICD-10 K 50)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie**<br>Do leczenia infliksymabem lub adalimumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 albo 1,3.<br>Do leczenia wedolizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1 i 2.<br>Do leczenia ustekinumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 i 4.<br>1) Wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem;<br>2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia albo wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia;<br>3) Pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby; | **1. Dawkowanie infliksymabu**<br>Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO oraz ESPGHAN.<br>**2. Dawkowanie adalimumabu**<br>Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO oraz ESPGHAN.<br>**3. Dawkowanie ustekinumabu**<br>Dawkowanie ustekinumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO.<br>**4. Dawkowanie wedolizumabu**<br>Dawkowanie wedolizumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) Morfologia krwi obwodowej;<br>2) Aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>3) Aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>4) Poziom kreatyniny w surowicy;<br>5) Białko C-reaktywne;<br>6) Badanie ogólne moczu;<br>7) Próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>8) Antygen HBs;<br>9) Przeciwciała anty HCV;<br>10) Antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);<br>11) Stężenie elektrolitów w surowicy;<br>12) RTG klatki piersiowej;<br>13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);<br>14) Obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia albo PCDAI u dzieci. |

| | | |
|---|---|---|
| 4) Udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie co najmniej jednym inhibitorem TNF alfa lub występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia;<br>5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) lub dostępu do terapii ratunkowej pod warunkiem, że:<br>– przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,<br>– łączny czas terapii infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem nie jest dłuższy od łącznego czasu terapii indukcyjnej i podtrzymującej określonego poniżej,<br>– nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie,<br>– nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie;<br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz<br>– w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub<br>– w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu, lub<br>– w okresie do minimum 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu, lub<br>– w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu.<br>W trakcie kwalifikacji do programu wszyscy chorzy pediatryczni (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) otrzymują Kartę Ostrzeżeń dla pacjenta. Potwierdzenie faktu otrzymania Karty Ostrzeżeń dla pacjenta | Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO. | **2. Monitorowanie terapii infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem**<br>1) Po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci);<br>2) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przy każdej wizycie pacjenta związanej z podaniem kolejnej dawki leku. (W przypadku podania kolejnej dawki leku w domu powyższe badania nie są konieczne).<br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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; |

| | | |
|---|---|---|
| przechowywane jest w dokumentacji medycznej pacjenta.<br><br>**2. Leczenie podtrzymujące**<br>Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.<br>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.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>W momencie oceny skuteczności terapii indukcyjnej (punkty 1a, 2a, 3a i 4a poniżej) należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie w tym momencie czasowym je rozpocząć. W przypadku wedolizumabu leczenie indukcyjne obejmuje podanie trzech, a przy braku odpowiedzi czterech dawek leku (0,2,6 ew. 10 tygodni). O potrzebie wizyty w 10 tygodniu w przypadku wedolizumabu decyduje sytuacja kliniczna pacjenta.<br>1) Infliksymab<br>a) terapia indukcyjna: 6 tygodni;<br>b) leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 24 miesiące od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej;<br>2) Adalimumab<br>a) terapia indukcyjna: 12 tygodni;<br>b) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą), jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy od momentu podania pierwszej dawki adalimumabu w terapii indukcyjnej; | | 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

| | | |
|---|---|---|
| 3) Ustekinumab<br>a) terapia indukcyjna: 8 tygodni;<br>b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie, jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy od momentu podania pierwszej dawki ustekinumabu w terapii indukcyjnej;<br>4) Wedolizumab<br>a) terapia indukcyjna: 14 tygodni;<br>b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 24 miesiące od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu.<br>1) Nadwrażliwość na leki stosowane w programie;<br>2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;<br>3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;<br>4) Niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) Przewlekła niewydolność oddechowa;<br>6) Przewlekła niewydolność nerek;<br>7) Przewlekła niewydolność wątroby;<br>8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby;<br>10) Ciąża lub karmienie piersią;<br>11) Rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 12) Powikłania wymagające zmiany postępowania (np. radykalnego leczenia operacyjnego - chirurgiczne zaopatrzenie przetok, może i powinno się odbywać w miarę wskazań klinicznych w trakcie leczenia biologicznego).<br><br>**5. Zakończenie leczenia w programie**<br>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-3.<br>1) Brak efektów leczenia;<br>2) Wystąpienie działań niepożądanych leczenia;<br>3) Wystąpienie powikłań wymagających innego specyficznego leczenia;<br>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.<br>Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia oraz dalszego leczenia wedolizumabem u osób, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 14 tygodni leczenia.<br>W przypadku braku odpowiedzi lub nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem, lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego - Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu, o ile nie został on zastosowany wcześnie.; nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych; o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. Maksymalny czas leczenia lekiem kolejnego wyboru jest taki, jak podano w opisie każdego leku (tzn. nie sumuje się z czasem podawania poprzednich leków).<br>W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna | | |

| | | |
|---|---|---|
| kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 8 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii.<br><br>W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem w ramach programu lekowego, możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 16 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii.<br><br>**6. Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) w terapii infliksymabem lub adalimumabem.**<br>1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu lub adalimumabu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji, u którego wystąpiło zaostrzenie, jest włączany do leczenia w ramach programu. Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy wskaźnik aktywności PCDAI > 10 punktów;<br>2) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem lub adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie;<br>3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. | | |

Załącznik B.33

# LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW (ICD-10 M 05, M 06, M 08)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.<br>2) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS, 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 | **1. Dawkowanie**<br>1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib i tofacytynib 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.<br>2) Zmiana postaci dożylnej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego.<br>3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez | **1. Badania przy kwalifikacji do programu**<br>1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>3) obecność antygenu HBs;<br>4) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową;<br>5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>7) EKG z opisem.<br>8) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby |

| | | |
|---|---|---|
| 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:<br>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:<br>– wartość DAS 28 – większa niż 5,1<br>albo<br>– wartość DAS – większa niż 3,7<br>albo<br>– wartość SDAI – większa niż 26<br>lub<br>b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:<br>– z postacią uogólnioną (Zespół Stilla u dorosłych)<br>lub<br>– z RZS z wtórną amyloidozą<br>lub<br>– z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń.<br>3) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:<br>a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytinbem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub | chorego dawcę, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.<br>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib oraz tofacytynib mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. | granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;<br>9) płytki krwi (PLT);<br>10) odczyn Biernackiego (OB);<br>11) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>12) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>13) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>14) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>16) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;<br>17) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby |

| | | |
|---|---|---|
| – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku, kiedy przyczyną odstawienia pierwszego i/lub drugiego leku z tej grupy u danego pacjenta były objawy nietolerancji i/lub działania niepożądane, których w opinii lekarza prowadzącego na podstawie dostępnej wiedzy medycznej można uniknąć stosując inny lek z grupy inhibitorów TNF alfa.<br>b) rytuksymabem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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. | | granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów<br>b) płytki krwi (PLT);<br>c) odczyn Biernackiego (OB);<br>d) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>e) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>f) AspAT i AlAT;<br>g) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem.<br>oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br>2) Monitorowanie terapii rytuksymabem - po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać:<br>a) morfologię krwi;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT;<br>f) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy |

| | | |
|---|---|---|
| 4) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tofacytynibem lub baricytynibem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS);<br>b) rytuksymabem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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. | | oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.<br>Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc) od każdego ponownego podania leku.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| 5) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>6) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:<br>a) jednym,dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub baricytynibem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– 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.<br>7) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż siedmiu leków, w tym pięciu leków biologicznych,baricytynibu i tofacytynibu, 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 oraz z zastrzeżeniem, że baricytynib może być zastosowany wyłącznie w pierwszej linii leczenia.<br>8) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>9) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br>10) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.<br>11) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**<br>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 EULAR/ACR.<br><br>**3. Czas leczenia w programie**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) nie stwierdzenie po 3 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤3,7, albo SDAI ≤ 26;<br>2) nie stwierdzenie po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe. Miernikiem niskiej aktywności choroby jest DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤2,4, albo SDAI ≤ 11. Miernikiem remisji jest wartość DAS 28 ≤ 2,6 albo DAS ≤1,6, albo SDAI ≤ 3,3;<br>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;<br>4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną;<br>5) 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 4 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.<br><br>**5. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu, 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.<br>2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się gdy, w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu, nastąpił wzrost wartości:<br>a) DAS 28 powyżej 3,2<br>albo<br>b) DAS powyżej 2,4<br>albo<br>c) SDAI powyżej 11.<br>3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby.<br>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. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT.<br>Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.<br>2) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylnej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:<br>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<br>albo<br>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 | **1. Dawkowanie**<br>1) Adalimumab, etanercept i tocilizumab w postaci dożylnej 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.<br>2) Powyższe leki należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.<br>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu oraz tocilizumabu w postaci dożylnej z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce. | **1. Badania przy kwalifikacji do programu**<br>1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>2) obecność antygenu HBs;<br>3) przeciwciała anty-HCV;<br>4) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>5) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>6) EKG z opisem.<br>7) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;<br>8) płytki krwi (PLT);<br>9) odczyn Biernackiego (OB);<br>10) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>11) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>12) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>13) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>14) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylnej. |

| | | |
|---|---|---|
| najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub obiema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym<br>albo<br>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.<br>3) Ponadto do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia, z rozpoznaniem:<br>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<br>albo<br>b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38°C, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem | | **2. Monitorowanie leczenia**<br>1) W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (±1 miesiąc):<br>a) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT;<br>f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>**4.** gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na |

| | | |
|---|---|---|
| modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące.<br>4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożylnej w ramach programu lekowego, u których:<br>a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku<br>lub<br>b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>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).<br>5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni tocilizumabem w postaci dożylnej 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 do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.<br>6) 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.<br>7) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. | | żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>**5.** 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;<br>**6.** 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. |

| | | |
|---|---|---|
| 8) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br>9) 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.<br>10) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.<br>11) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu**<br>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 EULAR/ACR.<br><br>**3. Czas leczenia w programie**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3) 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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako:<br>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,<br>b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (±1 miesiąc);<br>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:<br>a) liczba stawów z czynnym zapaleniem;<br>b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości;<br>c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS;<br>d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS;<br>e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ);<br>f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP). | | |

| | | |
|---|---|---|
| 4) utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc);<br>5) u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 2c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 2a) i 2b) oraz 3a) i 3b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (±1 miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc);<br>6) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną;<br>7) 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 niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 4 ppkt 3, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.<br><br>**5. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 4 ppkt 5, podawania substancji czynnej leku biologicznego 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.<br>2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50. | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. | | |

Załącznik B.35.

# LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW (ŁZS) (ICD-10 L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.<br>2) Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:<br>a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR,<br>b) z aktywną i ciężką postacią choroby,<br>c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS.<br>3) Kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej: | **1. Dawkowanie**<br>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA / ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego);<br>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem- morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;<br>3) płytki krwi (PLT);<br>4) odczyn Biernackiego (OB);<br>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) obecność antygenu HBs;<br>12) przeciwciała anty-HCV;<br>13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); |

| | | |
|---|---|---|
| a) łuszczyca obecnie – 2 pkt albo dodatni wywiad w kierunku łuszczycy potwierdzony przez lekarza specjalistę – 1 pkt, albo udokumentowany dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy u krewnego pierwszego lub drugiego stopnia – 1 pkt,<br>b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt,<br>c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt,<br>d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt,<br>e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt.<br>4) Aktywna i ciężka postać choroby:<br>a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgnistych) - aktywna i ciężka 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:<br>1) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:<br>– liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz<br>– liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz<br>– ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz | | 14) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem;<br>15) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>16) EKG z opisem;<br>17) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis - u pacjentów z postacią osiową.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT;<br>f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. |

| | | |
|---|---|---|
| – ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz<br>– 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<br>albo<br>2) wg DAS 28:<br>– wartość DAS 28 – większa niż 3,2<br>albo<br>3) wg DAS:<br>– wartość DAS – większa niż 2,4.<br>4) u pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:<br>– PASI większe niż 10 oraz<br>– DLQI większe niż 10 oraz<br>– BSA większe niż 10<br>program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajętą mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgnistych niż określono w pkt1 ppkt 4;<br>b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną i ciężką 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:<br>– wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1 – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, | | Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| – ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>– 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.<br>5) Niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest jako nieskuteczność leczenia:<br>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, 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).<br>U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów;<br>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.<br>6) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli | | |

| | | |
|---|---|---|
| leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.<br>7) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne lub tofacytynibem.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**<br>Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.<br><br>**3. Adekwatna odpowiedź na leczenie**<br>1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:<br>a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:<br>– po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,<br>– po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,<br>b) wg DAS 28 lub DAS:<br>– po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤ 3,7, | | |

| | | |
|---|---|---|
| – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤ 2,4;<br>2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:<br>a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,<br>b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3.<br><br>**4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**<br>1) Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.<br>2) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i tofacytynibu, 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.<br>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.<br><br>**5. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.<br><br>**6. Czas leczenia w programie**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.<br>3) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 3 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. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **7. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu 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.<br>2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.<br>3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. | | |

Załącznik B.36.

# LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZESZTYWNIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10 M 45)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji<br>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.<br>2) Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających wszystkie poniższe kryteria:<br>a) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroilitis w badaniu RTG,<br>b) z aktywną i ciężką postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie,<br>c) 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</td>
<td>1. Dawkowanie<br>Adalimumab, certolizumabpegol, etanercept, golimumab, infliksymab i sekukinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii..</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) morfologia krwi;<br>3) płytki krwi (PLT);<br>4) odczyn Biernackiego (OB);<br>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) obecność antygenu HBs;<br>12) przeciwciała anty-HCV;<br>13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej i ciężkiej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia.<br>3) Aktywną i ciężką postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:<br>a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1,określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>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.<br>4) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.<br>5) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**<br>Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. | | 15) EKG z opisem;<br>16) Badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitisumożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>a) morfologię krwi;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie**<br>1) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia;<br>2) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3.<br><br>**4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**<br>1) Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.<br>2) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż czterech leków biologicznych, 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.<br>3) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>4) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. | | 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;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| **5. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.<br><br>**6. Czas leczenia w programie**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.<br>3) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 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.<br>4) Pacjenci z sacroilitis 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. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **7. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego 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 udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.<br>2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.<br>3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. | | |

Załącznik B.37.

# LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK (ICD-10 N 18)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn, takich jak: niedobór żelaza, krwawienia, hemoliza, zakażenia, ciężka nadczynność przytarczyc, zatrucie glinem i inne;<br>2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR:<br>a) poniżej 30 ml/min. - u świadczeniobiorców bez cukrzycy<br>albo<br>b) poniżej 45 ml/min. - u świadczeniobiorców z cukrzycą;<br>3) wiek:<br>a) powyżej 3 roku życia - w przypadku produktów leczniczych zawierających alkohol benzylowy<br>albo<br>b) bez ograniczenia wiekowego - w przypadku pozostałych produktów leczniczych;<br>4) świadczeniobiorcy niedializowani.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w ust. 3.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) ciąża; | **1. Dawkowanie**<br>1) darbepoetyna alfa:<br>a) 10 µg - 1 raz w tygodniu<br>albo<br>b) 20 µg - 1 raz na dwa tygodnie,<br>albo<br>c) 40 µg - 1 raz w miesiącu<br>- iv. lub sc. (średnia dawka tygodniowa/ dwutygodniowa/miesięczna dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program);<br><br>2) epoetyna alfa:<br>a) 2.000 j.m. 1 raz w tygodniu<br>- iv. lub sc.- podanie podskórne w przypadku braku stałego dostępu do żyły (średnia dawka tygodniowa dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program); | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) poziom hemoglobiny;<br>2) hematokryt;<br>3) GFR;<br>4) TSAT;<br>5) CRP.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>1) badania wykonywane co 2 tygodnie - po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki:<br>a) poziom hemoglobiny,<br>b) hematokryt;<br>2) badania wykonywane co najmniej 1 raz w miesiącu - po osiągnięciu stabilnego docelowego Hb/Ht:<br>a) poziom hemoglobiny,<br>b) hematokryt.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do |

| | | |
|---|---|---|
| 3) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego;<br>4) schyłkowa niewydolność nerek. | | NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.38.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m$^2$/min.;<br>2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0;<br>3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulicha i Pyle;<br>4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości;<br>2) zaburzenia przemian węglowodanowych;<br>3) choroba nowotworowa,<br>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**<br>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**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) badania densytometryczne;<br>3) RTG stawów biodrowych.<br>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby:<br>1) stężenie parathormonu (intact PTH);<br>2) fosfataza alkaliczna;<br>3) proteinogram;<br>4) stężenie glukozy we krwi;<br>5) stężenie kreatyniny;<br>6) stężenie mocznika;<br>7) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-);<br>8) morfologia krwi z rozmazem;<br>9) gazometria.<br>**2.2 Co 90 dni**<br>1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) konsultacja urologiczna,<br>b) USG jamy brzusznej,<br>2) konsultacja dietetyka;<br>3) w 2 stadium choroby: |

| | | |
|---|---|---|
| lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat);<br>5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca. | | a) stężenie parathormonu (intact PTH),<br>b) fosfataza alkaliczna,<br>c) proteinogram,<br>d) stężenie glukozy we krwi,<br>e) stężenie kreatyniny,<br>f) stężenie mocznika,<br>g) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-),<br>h) morfologia krwi z rozmazem,<br>i) gazometria.<br>**2.3 Po 90 dniach**<br>1) stężenie IGF-1.<br>**2.9 Co 365 dni**<br>1) stężenie triglicerydów;<br>2) stężenie całkowitego cholesterolu;<br>3) stężenie IGF-1;<br>4) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>5) w uzasadnionych przypadkach:<br>a) badania densytometryczne,<br>b) RTG stawów biodrowych,<br>c) konsultacja okulistyczna,<br>d) konsultacja ortopedyczna,<br>e) cystouretografia,<br>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) konsultacja ortopedyczna,<br>b) RTG/USG stawów biodrowych,<br>c) TK z kontrastem stawów biodrowych,<br>7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) badanie ogólne moczu,<br>b) posiew moczu. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.39.

# LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH (ICD-10 N25.8)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wtórna nadczynność przytarczyc;<br>2) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek;<br>3) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii);<br>4) stężenie iPTH > 500pg/ml.<br>**2. Kryteria wyłączenia**<br>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);<br>2) przeszczepienie nerki;<br>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;<br>4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia. | **1. Dawkowanie cynakalcetu**<br>1) Zalecana dawka początkowa cynakalcetu u dorosłych wynosi 30 mg raz na dobę.<br>2) Dawkę cynakalcetu można zwiększać co 2-4 tygodnie aż do maksymalnej dawki 180 mg raz na dobę w celu osiągnięcia pożądanego stężenia intact PTH (iPTH) u dializowanych pacjentów, czyli 150-300 pg/ml (15,9-31,8 pmol/l).<br>3) U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżać wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta. | **1. Monitorowanie leczenia**<br>1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;<br>2) stężenie wapnia w surowicy;<br>3) stężenie fosforu w surowicy;<br>4) iloczyn Ca x P w surowicy.<br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

Załącznik B.40.

# PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10 P 07.2, P 07.3, P 27.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii w porozumieniu z konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.<br>Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 października do 30 kwietnia.<br>Immunizację paliwizumabem przeprowadza się jednorazowo.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem<br><br>1) Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy którzy:<br>a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i spełniają następujące kryteria:<br>i. wiek ciążowy ≤ 28 tygodni (ICD-10 P07.2, P07.3)<br>lub<br>ii. dysplazja oskrzelowo-płucna (ICD-10 P27.1)<br>b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium:<br>i. wiek ciążowy 29 - 32 tygodni (ICD-10 P07.3).<br>2) Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki. Liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.</td>
<td>1. Dawkowanie paliwizumabu<br><br>Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br><br>W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium z ust. 1 pkt 1 lit. b (dysplazja oskrzelowo-płucna): kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej.<br><br>2. Monitorowanie leczenia<br><br>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.<br>Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii nadzoruje program korzystając z rejestru SMPT.<br><br>3. Monitorowanie programu<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 października do 30 kwietnia) co miesiąc - 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakikolwiek ze składników występujących w preparacie;<br>2) objawy nadwrażliwości na inne humanizowane przeciwciała monoklonalne;<br>3) brak zgody pacjenta. | | zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br><br>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.41.

# LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym;<br>2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia;<br>3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców;<br>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);<br>5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów;<br>7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);<br>8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób; | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) pomiar stężenia IGF-1.<br>Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Po 30 dniach**<br>1) konsultacja laryngologiczna.<br>**2.2 Po 90 dniach**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb.<br>**2.3 Co 90 dni**<br>1) konsultacja dietetyka;<br>2) konsultacja rehabilitanta.<br>**2.4 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>2) pomiar stężenia TSH;<br>3) pomiar stężenia fT4.<br>4) jonogram w surowicy krwi.<br>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi.<br>**2.5 Co 365 dni**<br>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u |

| | | |
|---|---|---|
| 9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregokolwiek z kryteriów wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą;<br>2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii;<br>3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego;<br>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);<br>5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów;<br>6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu. | | dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb);<br>2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego:<br>a) konsultacja kardiologiczna,<br>b) USG serca,<br>3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;<br>4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego;<br>5) pomiar stężeń triglicerydów;<br>6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;<br>7) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>8) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny ($HbA_{1C}$);<br>10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>11) pomiar stężenia IGF-1;<br>12) konsultacja laryngologiczna;<br>13) konsultacja ortopedyczna;<br>14) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>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);<br>16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu:<br>a) konsultacja nefrologiczna,<br>b) konsultacja urologiczna,<br>c) USG jamy brzusznej, |

| | | |
|---|---|---|
| | | d) badanie ogólne i posiew moczu;<br>17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej:<br>a) konsultacja ortopedyczna,<br>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;<br>18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna;<br>b) konsultacja neurologiczna;<br>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br>Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.42.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) stygmaty Zespołu Turnera;<br>2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich;<br>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;<br>4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;<br>5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);<br>6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego;<br>7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1.<br>Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Po 90 dniach**<br>1) pomiar stężenia IGF-1.<br>**2.2 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1C}$<br>lub co 365 dni:<br>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.<br>**2.3 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>2) pomiar stężenia TSH;<br>3) pomiar stężenia $fT_4$;<br>4) jonogram w surowicy krwi.<br>**2.4 Co 365 dni**<br>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia);<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej;<br>2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri;<br>3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy;<br>4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;<br>5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm;<br>6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych);<br>7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok;<br>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);<br>4) pomiar stężenia IGF-1;<br>5) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) konsultacja ortopedyczna;<br>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;<br>7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna;<br>b) konsultacja neurologiczna;<br>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami |

| | | |
|---|---|---|
| | | opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.44.

# LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ IGE ZALEŻNEJ (ICD-10 J45.0) ORAZ CIĘŻKIEJ ASTMY EOZYNOFILOWEJ (ICD-10 J 82)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Do leczenia biologicznego w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaną astmą ciężką. Wybór leku zależy od fenotypu i endotypu choroby i powinien być poprzedzony pogłębioną diagnostyką różnicową. W ocenie ciężkości astmy i fenotypu choroby należy posługiwać się aktualnymi wytycznymi GINA.<br><br>**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem**<br>**1.1. Kryteria włączenia do programu**<br>1) pacjenci powyżej 6 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE;<br>2) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej , u dzieci w wieku 6–11 lat >400mcg lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); | **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem**<br>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.<br>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.<br>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.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. | **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);<br>2) test *in vitro* (opcjonalnie);<br>3) pomiar masy ciała;<br>4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);<br>5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień);<br>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);<br>7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; |

| | | |
|---|---|---|
| 3) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekle; u dzieci w wieku 6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów;<br>4) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;<br>5) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml;<br>6) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<br>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),<br>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,<br>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,<br>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),<br>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;<br>7) masa ciała 20-150 kg;<br>8) niepalenie tytoniu;<br>9) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy.<br><br>**1.2. Przeciwwskazania**<br>1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze; | Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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.<br>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.<br>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.<br><br>**2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej**<br>**a) mepolizumabem**<br>Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie.<br>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.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. | 8) morfologia krwi i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie mocznika,<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) stężenie AIAT,<br>e) stężenie AspAT,<br>9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**1.2. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:**<br>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;<br>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;<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) występowanie chorób współistniejących powodujących ciężki przebieg astmy;<br>3) ciąża;<br>4) karmienie piersią;<br>5) jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi<br>6) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu) – do 3 miesięcy od zakończenia terapii.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;<br>2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia:<br>a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);<br>b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:<br>– poprawa kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ o ≥ 0,5 punktu (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);<br>– poprawa jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ o ≥ 0,5 punktu u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);<br>– zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); | Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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.<br>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.<br>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.<br><br>**b) benralizumabem**<br>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).<br>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). | **1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:**<br>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>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;<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.<br><br>**1.4. Monitorowanie leczenia**<br>**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:**<br>1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);<br>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);<br>3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; |

| | | |
|---|---|---|
| 3) palenie tytoniu;<br>4) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;<br>5) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi<br>6) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu.<br><br>**1.4. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.<br>Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki omalizumabu leczenie zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 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.<br>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.<br>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.<br>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumaebm o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. | 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.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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<br>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.<br>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy. | 4) morfologia krwi i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie mocznika,<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) stężenie AIAT,<br>e) stężenie AspAT,<br>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie):<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem**<br><br>**2.1. Kryteria włączenia do programu**<br><br>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;<br>2) 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);<br>3) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle, wymagających lub nie hospitalizacji lub wizyty w oddziale ratunkowym;<br>4) natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej przed podaniem leku rozszerzającego oskrzela w czasie wizyty kwalifikacyjnej;<br>5) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt) i pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów), mimo stosowanego leczenia;<br>6) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii;<br>7) niepalenie tytoniu; | | c) stężenie AIAT,<br>d) stężenie AspAT;<br>3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);<br>5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);<br>6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.<br><br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br><br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**2.2. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:**<br><br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); |

| | | |
|---|---|---|
| 8) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;<br>9) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc.<br>W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci powyżej 18 roku życia, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu oraz rozpoczęli leczenie przed 1 listopada 2019 r.<br><br>**2.2. Przeciwwskazania**<br>1) nadwrażliwość na mepolizumab lub benralizumab lub substancje pomocnicze;<br>2) ciąża;<br>3) karmienie piersią;<br>4) jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi;<br>5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu) – do 3 miesięcy od zakończenia terapii.<br><br>**2.3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 3) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;<br>2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS | | 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie)<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.<br><br>**2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:**<br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące<br>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie)– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.<br><br>**2.4. Monitorowanie leczenia**<br>**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:**<br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; |

| | | |
|---|---|---|
| (nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30%;<br>3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);<br>4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy (wzrost ACQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem));<br>5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem));<br>6) palenie tytoniu;<br>7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;<br>8) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi<br>9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu lub benralizumabu;<br>10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie- zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia.<br><br>**2.4. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.<br>Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki mepolizumabu lub benralizumabu leczenie zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii | | 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) CRP,<br>c) stężenie AIAT,<br>d) stężenie AspAT.<br>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);<br>4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);<br>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT)) dostępnym za |

| | | |
|---|---|---|
| pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 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.<br>Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki benralizumabu zawiesza się też leczenie w programie u pacjentów, którzy byli przed włączeniem do programu leczeni benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych przed 1 listopada 2019 roku. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 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.<br>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.<br>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.<br>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. | | pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.46.

# LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO LUB PIERWOTNIE POSTĘPUJĄCEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia fingolimodem lub natalizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7 albo 1,2,3,5,7.<br>Do leczenia alemtuzumabem kwalifikowani są pacjenci, wcześniej nieleczeni alemtuzumabem, spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7,9 albo 1,2,3,5,7,9.<br>Do leczenia okrelizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7 albo 1,2,6,7.<br>Do leczenia kladrybiną w tabletkach kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1,2,3,4,7,8 albo 1,2,3,5,7,8.<br>1) Wiek od 12 roku życia (natalizumab lub fingolimod) albo wiek od 18 roku życia (alemtuzumab, lub okrelizumab, lub kladrybina w tabletkach);<br>2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>3) Rozpoznanie postaci rzutowo-remisyjnej stwardnienia rozsianego (RRMS) oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem | **1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie**<br>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Dla postaci rzutowo-remisyjnej: rezonans magnetyczny z kontrastem;<br>Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte do 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.<br>2) Dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu;<br>Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12 miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku.<br>3) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;<br>4) Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcje wątroby i nerek oraz w przypadku alemtuzumabu tarczycy; |

| | | |
|---|---|---|
| magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;<br>4) Pacjenci, u których stwierdza się brak odpowiedzi na pełny, cykl leczenia interferonem beta lub peginterferonem beta-1a, lub octanem glatirameru, lub fumaranem dimetylu, lub teryflunomidem definiowany jako spełnienie obu poniższych warunków (pkt a oraz pkt b):<br>a) liczba i ciężkość rzutów:<br>i. 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami w czasie minimum rocznego cyklu leczenia, lub<br>ii. 1 ciężki rzut po 6 miesiącach leczenia;<br>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>i. więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),<br>ii. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2;<br>5) Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt. a oraz pkt b):<br>a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt);<br>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego:<br>i. więcej niż jedna nowa zmiana GD (+) lub<br>ii. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian);<br>6) Rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c):<br>a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5; | | 5) Morfologia krwi z rozmazem;<br>6) Badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu - badanie moczu z mikroskopową oceną osadu;<br>7) Badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu;<br>8) Częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy alemtuzumabu;<br>9) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>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;<br>11) Konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu;<br>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 w tabletkach;<br>13) Konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu;<br>14) Wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu;<br>15) Badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu lub kladrybiny w tabletkach;<br>16) Badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób |

| | | |
|---|---|---|
| b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego:<br>i. mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji ≤ 5,0 lub<br>ii. mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji >5,0;<br>c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI.):<br>i. przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub<br>ii. przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2;<br>7) Stosowanie antykoncepcji w przypadku kobiet w wieku rozrodczym w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego stosowanego leku;<br>8) Liczba limfocytów musi być prawidłowa przed rozpoczęciem stosowania kladrybiny w tabletkach w pierwszym roku terapii oraz wynosić co najmniej 800 komórek/mm³ przed rozpoczęciem stosowania kladrybiny w tabletkach w drugim roku terapii. W razie potrzeby można opóźnić cykl leczenia w roku 2. o okres do 6 miesięcy, aby umożliwić odnowę limfocytów. Jeśli taka odnowa trwa dłużej niż 6 miesięcy, pacjent nie powinien już otrzymywać kladrybiny w tabletkach.<br>9) Brak przeciwwskazań do leczenia takich jak: ciężkie aktywne zakażenia (aż do całkowitego ich ustąpienia), zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, przebyte rozwarstwienie tętnicy szyjnej i/lub kręgowej, przebyty udar mózgu, przebyta dławica piersiowa lub zawał mięśnia sercowego, koagulopatia, leczenie przeciwpłytkowe lub leczenie przeciwzakrzepowe, współistniejące choroby autoimmunologiczne inne niż stwardnienie rozsiane.<br>Ponadto do programu kwalifikuje się: | | zakaźnych - dotyczy okrelizumabu;<br>17) Konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu;<br>18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu;<br>19) Standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu.<br>Ponadto pacjenci włączeni do leczenia powinni obligatoryjnie zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem" i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej.<br><br>**2. Inicjacja leczenia**<br>1) Fingolimod<br>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Przy rozpoczynaniu leczenia, jak również po jego okresowym przerwaniu należy zastosować sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>2) Natalizumab<br>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Sposób monitorowania pacjenta należy zastosować według Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>3) Alemtuzumab<br>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach hospitalizacji. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta według Charakterystyki Produktu Leczniczego. |

| | | |
|---|---|---|
| 10) Pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na moment ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia;<br>11) Pacjentów uprzednio leczonych natalizumabem, lub fingolimodem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.<br><br>**2. Kryteria zamiany leków w programie**<br>W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego, lub w przypadku nieskuteczności leczenia dopuszcza się w ramach programu zamianę na lek o innym mechanizmie działania. Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>Kryterium wyłączenia z programu leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów.<br>1) Przejście w postać wtórnie postępującą;<br>2) Rezygnacja pacjenta lub nieprzestrzeganie zasad leczenia;<br>3) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;<br>4) W przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej | | 4) Okrelizumab<br>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>5) Kladrybina w tabletkach<br>Inicjacja leczenia może być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź poradni przyszpitalnej . Należy zastosować sposób monitorowania pacjenta według Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Monitorowanie leczenia**<br>Monitorując leczenie fingolimodem, lub natalizumabem lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.<br>**3.1. Monitorowanie leczenia fingolimodem**<br>1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;<br>2) 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;<br>3) Okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>4) Badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;<br>5) Test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;<br>6) Konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii |

| | | |
|---|---|---|
| leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz:<br>a) w przypadku podejrzenia PML należy wstrzymać podawanie leku do czasu jego wykluczenia,<br>b) w przypadku potwierdzenia PML należy trwale odstawić lek.<br><br>**4. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdych pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię fingolimodem lub natalizumabem, lub okrelizumabem można przedłużać o kolejne 12 miesięcy. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza.<br>Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem.<br>Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby.<br>Leczenie kladrybiną w tabletkach prowadzone jest w dwóch cyklach, podawanych na początku dwóch kolejnych lat: każdy kwalifikujący się pacjent otrzymuje dwa cykle leczenia kladrybiną w tabletkach - pierwszy cykl w pierwszym roku i drugi cykl w drugim roku leczenia. Każdy cykl składa się z 2 tygodni leczenia, jednego na początku pierwszego miesiąca i jednego na początku drugiego miesiąca danego roku leczenia. Każdy cykl leczenia trwa 4 lub 5 dni, podczas których pacjent otrzymuje 10 mg lub 20 mg (jedną lub dwie tabletki) w pojedynczej dawce dobowej, w zależności od masy ciała - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Po zakończeniu 2 cykli leczenia nie jest wymagane dalsze leczenie kladrybiną w tabletkach w | | okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem;<br>7) Konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia;<br>8) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego.<br><br>**3.2. Monitorowanie leczenia natalizumabem**<br>1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 miesiące;<br>2) 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;<br>3) Badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;<br>4) Test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;<br>5) W przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu;<br>6) Powtarzanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV co 6 miesięcy;<br>7) U pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN. W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem;<br>8) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego;<br>9) W przypadku terapii natalizumabem u pacjentów z wyższym |

| | | |
|---|---|---|
| roku 3. i 4. W razie potrzeby można opóźnić cykl leczenia w roku 2. o okres do 6 miesięcy, aby umożliwić odnowę limfocytów. Jeśli taka odnowa trwa dłużej niż 6 miesięcy, pacjent nie powinien już otrzymywać kladrybiny w tabletkach. Czas obserwacji powinien wynosić 48 miesięcy po ostatnim podaniu leku z kontrolą co 6 miesięcy. Ocena skuteczności leczenia kladrybiną w tabletkach powinna być przeprowadzona po podaniu pełnej dawki leku, po dwóch cyklach leczenia. W przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć zmianę leczenia zgodnie z punktem 2 kryteriów zamiany leków w programie.<br>Za brak skuteczności leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej), lub kladrybiną w tabletkach uzasadniający zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów:<br>1) Liczba i ciężkość rzutów:<br>a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami, lub<br>b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia;<br>2) Progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej:<br>a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,<br>b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;<br>3) Zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),<br>b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.<br>Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem (w przypadku postaci | | ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą:<br>a) 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<br>b) pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anty-JCV, leczeni natalizumbem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku ≤0,9 i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata.<br><br>**3.3. Monitorowanie leczenia alemtuzumabem**<br>1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;<br>2) Morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy i badanie moczu z mikroskopową oceną osadu, co miesiąc. Rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych;<br>3) Stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące. Rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych;<br>4) U pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV;<br>5) Badanie rezonansu magnetycznego - do decyzji lekarza prowadzącego.<br>Badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem.<br>Przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV i HCV oraz RTG klatki |

| | | |
|---|---|---|
| pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych:<br>1) Wystąpienie nieskuteczności leczenia definiowanej jako pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy lub<br>2) EDSS powyżej 8.<br><br>**5. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy**<br>Leczenie fingolimodem, lub natalizumabem, lub okrelizumabem może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 oraz kryteriów nieskuteczności wskazanych w pkt 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna i nie wystąpią kryteria wyłączenia.<br>Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.<br>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. | | piersiowej.<br><br>**3.4. Monitorowanie leczenia okrelizumabem**<br>1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;<br>2) Badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku;<br>3) Badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku;<br>4) Badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku;<br>5) Badanie HBsAg, antyHBcAg - przed każdym podaniem leku;<br>6) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego - dotyczy stosowania okrelizumabu w postaci rzutowo-remisyjnej.<br><br>**3.5. Monitorowanie leczenia kladrybiną w tabletkach**<br>1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące przez pierwsze dwa lata leczenia.<br>2) 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/$mm^3$, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/$mm^3$;<br>3) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku;<br>4) Morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku;<br>5) Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy - przed kolejnym kursem leku; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 6) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku;<br>7) Badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku;<br>8) Wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do 48 miesięcy po ostatniej dawce);<br>9) MRI - zalecane raz na rok.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.47.

# LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10 L 40.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **A. Kryteria kwalifikacji**<br>1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.<br>2. Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:<br>a) pacjenci w wieku:<br>a) 18 lat i powyżej<br>lub<br>b) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem;<br>b) pacjenci:<br>a) z ciężką postacią łuszczycy plackowatej<br>albo | **A. Dawkowanie**<br>Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, rizankizumabem, guselkumabem i certolizumab pegol 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. | **A. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi;<br>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>4) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>8) obecność antygenu HBs;<br>9) przeciwciała anty-HCV;<br>10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); |

| | | |
|---|---|---|
| b) z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem lub certolizumabem pegol,<br>– którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego;<br>c) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami:<br>a) PASI większym niż 18 – w przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem lub risankizumabem<br>albo<br>PASI większym niż 10 – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem ,infliksymabem lub certolizumabem pegol<br>oraz<br>b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10,<br>oraz<br>c) BSA większym niż 10;<br>d) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 6 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z rekomendacjami zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC.<br>3. Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni etanerceptem, infliksymabem, sekukinumabem, iksekizumabem guselkumabem, risankizumabem lub certolizumabem pegol w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem | | **B. Monitorowanie leczenia**<br>1. Monitorowanie terapii - po 2 miesiącach (± 30 dni) i 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>1) morfologię krwi;<br>2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>3) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>4) AspAT i AlAT<br>oraz po 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni).<br><br>**C. Monitorowanie programu**<br>1. gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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; |

| | | |
|---|---|---|
| terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie.<br>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.<br>5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**B. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie**<br>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.<br><br>**C. Adekwatna odpowiedź na leczenie**<br>1. po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75% lub<br>2. po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów.<br><br>**D. Kryteria i warunki zmiany terapii**<br>1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>1) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną 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 Narodowy Fundusz Zdrowia. |

| | | |
|---|---|---|
| pomocniczą lub<br>2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>3) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C ppkt 1-2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.<br>2. W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż ośmiu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa.<br>3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br>5. W ramach programu lekowego nie jest możliwa zmiana terapii jeżeli podczas kwalifikacji pacjent nie spełnił kryterium wartości PASI powyżej 10 lub 18.<br><br>**E. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1. brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C ppkt 1-2;<br>2. utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy:<br>a) PASI większy niż 10 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był mniejszy niż 18 albo PASI większy niż 18 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był większy niż 18<br>oraz<br>b) BSA większy niż 10,<br>oraz<br>c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3. wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.<br><br>**F. Czas leczenia w programie**<br>1. W przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem lub risankizumabem:<br>1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami przedstawionymi w opisie przedmiotowego programu, jednak nie dłużej niż do 96 tygodni.<br>2) W uzasadnionych przypadkach potwierdzonych decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, u niektórych pacjentów można zastosować w ramach programu terapię trwającą powyżej 96 tygodni<br>– przy czym długość trwania takiej terapii określa Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.<br>3) Terapię i udział pacjenta w programie należy przerwać w przypadku nie uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie:<br>a) po 28 tygodniach od podania pierwszej dawki ustekinumabu albo<br>b) po 16 i 28 tygodniach od podania pierwszej dawki sekukinumabu, albo<br>c) po 16 tygodniach od podania pierwszej dawki iksekizumabu, guselkumabu lub risankizumabu.<br>Decyzja o zakończeniu leczenia zostaje przekazana do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.<br>2. W przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem lub certolizumabem pegol:<br>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<br>3) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.<br><br>**G. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, u którego stwierdzono adekwatną odpowiedź na leczenie, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźnika PASI o co najmniej 30% w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia leku przy czym wartość wskaźnika PASI musi być większa niż 10.<br>2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wiązało się z uzyskaniem adekwatnej odpowiedzi.<br>3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. | | |

Załącznik B.50.

# LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10 C56, C57, C48)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu, lub pierwotnego raka otrzewnej**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;<br>2) stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po zabiegu cytoredukcji > 1cm (suboptymalna cytoredukcja; wymagane jest opisanie resztkowych zmian nowotworowych pozostawionych po operacji z określeniem wielkości w centymetrach);<br>3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego raka jajnika. Wcześniejsza chemioterapia neoadjuwantowa jest dopuszczalna;<br>4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>5) wiek powyżej 18 roku życia;<br>6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>7) wskaźniki koagulogiczne:<br>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) w zakresie wartości prawidłowych, | **1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**<br>**Bewacyzumab** -7,5 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut - dzień 1<br>Rytm: co 3 tygodnie. 18 cykli<br>1) Bewacyzumab podaje się w skojarzeniu z chemioterapią (rozliczaną z NFZ z katalogu chemioterapii) prowadzoną w następujący sposób:<br>– karboplatyna (AUC 5-6) – dzień 1;<br>– paklitaksel 175 $mg/m^2$ – dzień 1;<br>Rytm: co trzy tygodnie. 6 cykli.<br>2) Po zakończeniu chemioterapii leczenie bewacyzumabem jest kontynuowane w 3-tygodniowych cyklach do wyczerpania 18 cykli lub do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowanych działań niepożądanych (w zależności od tego, co wystąpi pierwsze). | **1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie w surowicy stężenia:<br>a) mocznika,<br>b) kreatyniny,<br>c) bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),<br>5) oznaczenie czasu kaolinowokefalinowego (APTT);<br>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);<br>7) oznaczenie stężenia CA125;<br>8) badanie ogólne moczu; |

b) czas protrombinowy (PT) lub międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) w zakresie wartości prawidłowych;

8) wskaźniki czynności wątroby i nerek:

a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),

b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,

c) stężenie kreatyniny w granicach normy,

9) wykluczenie ciąży;

10) brak przeciwwskazań do chemioterapii karboplatyną oraz paklitakselem,

11) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania bewacyzumabu, którymi są:

a) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,

b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,

c) niestabilne nadciśnienie tętnicze,

d) niestabilna choroba niedokrwienna serca,

e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,

f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,

g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,

h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (z wyłączeniem stosowania w dawkach profilaktycznych)

i) niegojące się rany,

j) białkomocz,

k) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni bewacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod

3) W przypadku konieczności zakończenia chemioterapii lub jednego z jej składników przed ukończeniem 6 cykli leczenia bewacyzumab można kontynuować według zasad opisanych w punkcie 2.

4) Bewacyzumab jest podawany od pierwszego cyklu chemioterapii lub od drugiego cyklu w przypadku kiedy chemioterapia zostanie rozpoczęta przed upływem 28 dni od poważnego zabiegu operacyjnego.

5) W przypadku konieczności przerwania leczenia karboplatyną lek ten można zastąpić cisplatyną i kontynuować leczenie.

6) W przypadku konieczności wtórnego zabiegu operacyjnego, zabieg można wykonać nie wcześniej niż 28 dni od podania bewacyzumabu a wznowienie leczenia bewacyzumabem nie może rozpocząć się wcześniej niż 28 dni po zabiegu operacyjnym.

7) Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych aktualnych na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją w ramach tego programu.

**2. Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej, z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2**

9) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;

10) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;

11) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu w zależności wskazań klinicznych w celu obrazowania przerzutów do OUN;

12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy;

13) elektrokardiogram (EKG);

14) pomiar ciśnienia tętniczego;

15) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Pooperacyjne (przed rozpoczęciem leczenia bewacyzumabem) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy należy wykonać nie wcześniej niż 4 tygodnie po operacji, ale nie później niż 2 tygodnie po rozpoczęciu chemioterapii.

Celem wstępnych badań obrazowych jest umożliwienie późniejszego monitorowania progresji choroby.

**1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) oznaczenie stężenia w surowicy:

| | | |
|---|---|---|
| warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego.<br><br>**2. Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej, z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji chorych na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (leczenie olaparybem tylko pod postacią tabletek)**<br>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;<br>2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie *BRCA1* lub w *BRCA2* (dziedzicznej lub somatycznej);<br>3) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny;<br>4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;<br>5) wiek powyżej 18 roku życia;<br>6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x $10^9$/l;<br>c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x $10^9$/l;<br>d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x $10^9$/l;<br>7) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta);<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby); | Dawkowanie, modyfikacja dawkowania, sposób oraz rytm podawania zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktu Leczniczego aktualnych na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją.<br><br>Jeden miligram olaparybu w postaci kapsułek nie odpowiada jednemu miligramowi olaparybu w postaci tabletek, dlatego przy zastąpieniu produktu Lynparza kapsułki (50 mg) produktem Lynparza tabletki (100 mg i 150 mg) należy wziąć pod uwagę różnice w dawkowaniu obu produktów opisane w ChPL. | a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny,<br>c) APTT i PT lub INR;<br>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br><br>Ww. badania w ramach monitorowania bezpieczeństwa leczenia wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii.<br><br>**1.3. Monitorowanie skuteczności**<br>1) badanie tomografii komputerowej odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) oznaczenie stężenia CA125 - wykonuje się nie rzadziej niż co 3 cykle leczenia;<br>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Ad. 1) Badania tomografii komputerowej<br>a) wykonuje się:<br>b) po zakończeniu chemioterapii;<br>c) w trakcie leczenia bewacyzumabem: nie rzadziej niż co 24 tygodnie;<br>d) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby; |

| | | |
|---|---|---|
| c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;<br>8) wykluczenie ciąży.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.<br><br>**2.2. Kryteria kwalifikacji chorych na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**<br>1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (stosowanie olaparybu pod postacią kapsułek jest ograniczone tylko do leczenia podtypu surowiczego zgodnie z ChPL dla kapsułek)<br>2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie *BRCA1* lub w *BRCA2* (dziedzicznej lub somatycznej);<br>3) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);<br>4) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny;<br>5) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny;<br>6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;<br>7) wiek powyżej 18 roku życia;<br>8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x $10^9$/l;<br>c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x $10^9$/l; | | e) zawsze przy wzroście stężenia CA125 powyżej dwukrotnej wartości nadiru;<br>f) zawsze w przypadku wskazań klinicznych.<br><br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.<br><br>**2. Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA1/2**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) W celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenia schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie w surowicy stężenia:<br>a) kreatyniny;<br>b) bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>5) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;<br>6) oznaczenie stężenia CA125; |

| | | |
|---|---|---|
| d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x $10^9$/l;<br>9) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta);<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby);<br>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;<br>10) wykluczenie ciąży.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.<br><br>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>**3.1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**<br>Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu (pkt 5)<br><br>**3.2. Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA1/2** | | 7) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia w surowicy:<br>a) kreatyniny;<br>b) bilirubiny;<br>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>4) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się co 1 miesiąc.<br><br>**2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) Badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych<br>2) oznaczenie stężenia CA125 co 3 miesiące lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej.<br>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:<br>a) w trakcie leczenia olaparybem co 6 miesięcy w zależności od wskazań klinicznych;<br>b) przy wzroście stężenia CA125 - stwierdzonym w dwóch kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie co |

| | | |
|---|---|---|
| **3.2.1. Nowo zdiagnozowany rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotny rak otrzewnej:**<br>a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg RECIST) – 24 miesiące;<br>b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg 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<br>c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST<br>d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności<br>**3.2.2. Nawrotowy rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotny rak otrzewnej:**<br>a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST;<br>b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.<br><br>**4. Kryteria uniemożliwiające udział w programie**<br>**4.1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu, lub pierwotnego raka otrzewnej**<br>Wcześniejsze leczenie bewacyzumabem (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni bewacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).<br><br>**4.2. Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA1/2**<br>Wcześniejsze leczenie inhibitorem PARP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni olaparybem w ramach innego sposobu | | najmniej 1 tygodnia - przekraczającym 2-krotną wartość nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy. 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.<br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>**3.1.** gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>**3.2.** uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych – SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>**3.3.** przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie |

| | | |
|---|---|---|
| finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego)<br><br>**5. Kryteria wyłączenia z programu**<br>**5.1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**<br>1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia (wg RECIST);<br>3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji NCI CTC;<br>4) utrzymujące się pogorszenie sprawności ogólnej.<br><br>**5.2. Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA1/2**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na olaparyb lub na którąkolwiek substancję pomocniczą ;<br>2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST);<br>3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC;<br>4) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku. | | elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ). |

Załącznik B.52.

# LECZENIE PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)** | **A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)** | **A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)** |
| **1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z potwierdzeniem histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – ustna część gardła, krtaniowa część gardła lub krtań) ustalonego na podstawie badania materiału uzyskanego przez biopsję wycinkową ogniska pierwotnego nowotworu lub przerzutowo zmienionych regionalnych węzłów chłonnych;<br>2) potwierdzenie zaawansowania w stopniach III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach) ustalone na podstawie badania przedmiotowego i badań obrazowych;<br>3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej; | **1. Cetuksymab**<br>1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu. Lek musi być podawany pod nadzorem lekarza doświadczonego w stosowaniu leków przeciwnowotworowych, a w czasie wlewu oraz przynajmniej przez godzinę po jego zakończeniu konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności sprzętu resuscytacyjnego.<br>1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu.<br>1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m2 podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut).<br>1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m2 – podania w 1 dniu radioterapii na 1-3 godziny przed frakcją | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem**<br>**1.1. Badania laboratoryjne:**<br>1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmiennych węzłów chłonnych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy;<br>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);<br>5) inne w razie wskazań klinicznych.<br>**1.2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem:**<br>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi; |

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

napromieniani i następnie w analogiczny sposób w rytmie co tydzień do zakończenia radioterapii (czas trwania kolejnych wlewów – 60 min.).

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

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

**2. Planowanie i realizacja radioterapii**

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

2.2. Radioterapia powinna być zaplanowana w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję badań obrazowych, zgodnie z wytycznymi ICRU odnośnie określania objętości napromienianej (gross tumor volume – GTV, clinical target volume – CTV, planned target volume – PTV).

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

2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach:
   – frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy);
   – frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia tygodniowo);
   – hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie).

2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła;
3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach;
4) ultrasonografia jamy brzusznej;
5) badanie elektrokardiograficzne (EKG);
6) pomiar ciśnienia tętniczego;
7) inne w zależności od wskazań klinicznych.

**1.2. Uwagi**

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

**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

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

**2.1. Badania laboratoryjne:**

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

**2.2. Inne badania:**

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

**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

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

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

b) morfologii krwi z rozmazem:

– stężenie hemoglobiny ≥ 10,0g/dl;

– poziom leukocytów > 3 000/mm3;

– poziom neutrofili > 1 500/mm3;

– poziom płytek krwi > 100 000/mm3.

11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**1.3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;
2) wystąpienie wysypki trądzikopodobnej o przynajmniej 3 stopniu nasilenia po raz czwarty z kolei lub brak zmniejszenia się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku;
3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn;
4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu.

2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.

**B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)**

**1. Cetuksymab**

1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu;

1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m2 podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut);

1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m2 podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut);

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

**2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem**

2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu.

**3. Chemioterapia**

3.1. Cisplatyna w dawce 100 mg/m2 w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w

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

**3.1. Badania laboratoryjne:**

1) w razie wskazań klinicznych.

**3.2. Inne badania:**

1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);
2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;
3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;
4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

**3.3. Uwagi**

Wizyty kontrolne: 1 miesiąc po zakończeniu leczenia, następnie co 2 miesiące w pierwszym roku po leczeniu, co 3 miesiące w drugim i trzecim roku po leczeniu, potem co 6 miesięcy.

**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 Narodowy Fundusz Zdrowia.

| | | |
|---|---|---|
| **B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)**<br><br>**1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu zróżnicowania guza G1-G2;<br>2) potwierdzenie nawrotu lub przerzutów odległych na podstawie badania przedmiotowego lub badań obrazowych przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania);<br>3) wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR u chorych na zaawansowanego raka płaskonabłonkowego głowy i szyi (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem);<br>4) brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU;<br>5) potwierdzenie sprawności wg KPS ≥ 80 lub ECOG/WHO 0-1;<br>6) obecność nowotworowych zmian możliwych do oceny według kryteriów RECIST 1.1.;<br>7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;<br>8) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie | skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/m2 w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;<br>3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli.<br><br>**4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych**<br>4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;<br>4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące;<br>4.3. W przypadku wystąpienia udokumentowanych, istotnych i utrzymujących się objawów niepożądanych, które uniemożliwiają podawanie chemioterapii (cisplatyna/karboplatyna+5FU) możliwe jest zakończenie jej przed podaniem 6 cykli z jednoczesną kontynuacją podawania cetuksymabu.<br><br>**C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**<br><br>**1. Niwolumab:**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)**<br><br>**1. Badania laboratoryjne przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka płaskonabłonkowego zgodnie z kryteriami włączenia;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) stężenie we krwi: kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia, magnezu;<br>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);<br>5) inne w razie wskazań klinicznych.<br><br>**2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem**<br>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;<br>2) RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (opcjonalnie TK lub MRI przy braku możliwości określenia wielkości i liczby zmian przerzutowych w klatce piersiowej na podstawie konwencjonalnego badania RTG);<br>3) inne w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**3. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>**3.1. Badania laboratoryjne**<br>1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii;<br>2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii;<br>3) inne w razie wskazań klinicznych. |

całkowitej odpowiedzi w przypadku innych nowotworów, w których stosowano leczenie radykalne;

9) potwierdzenie prawidłowej czynności układu krwiotwórczego umożliwiającej leczenie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;

10) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby:

– stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 2-krotnej wartości górnej granicy normy; w przypadku chorych z przerzutami do wątroby – stężenie bilirubiny całkowitej < 5 mg/dl,

– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy ≤ 3-krotnej wartości górnej granicy normy;

11) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek:

– klirens kreatyniny:

a. dla cisplatyny ≥ 60 ml/min/1,73 m2,

b. dla karboplatyny ≥ 40 ml/min/1,73 m2;

12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**1.3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) istotne, utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia chorego;

2) wystąpienie istotnych objawów niepożądanych lub współistniejących schorzeń uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuację leczenia;

3) progresja choroby lub zgon chorego;

**3.2. Inne badania**

1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu.

**4. Monitorowanie skuteczności leczenia**

1) Badanie obrazowe KT lub MRI twarzoczaszki i szyi oraz inne w zależności od lokalizacji zmian przerzutowych – nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych;

2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

**5. 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.

**C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**

**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem:**

1.1. Badanie przedmiotowe

| | | |
|---|---|---|
| 4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego;<br>5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń.<br><br>**C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**<br>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<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji spełnione łącznie:**<br>1.1. Histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani;<br>1.2. Udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR);<br>1.3. 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);<br>1.4. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;<br>1.5. Brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie** | | 1.2. Ocena sprawności w skali ECOG<br>1.3. Pomiar masy ciała<br>1.4. Badania laboratoryjne<br>a) morfologia krwi<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny<br>c) oznaczanie stężenia glukozy<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej<br>f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu<br>g) oznaczenie poziomu TSH<br>h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;<br>1.5. Badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:**<br>2.1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe<br>2.2. Morfologia krwi<br>2.3. Parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.<br>Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia:**<br>3.1. Badanie przedmiotowe<br>3.2. Badanie laboratoryjne<br>3.3. Badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta |

| | | |
|---|---|---|
| Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.<br><br>**3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem**<br>Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie**<br>4.1. 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<br>4.2. Nadwrażliwość na lek<br>4.3. Wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>4.4. 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;<br>4.5. Kobiety w ciąży lub karmiące piersią. | | Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>4.1. Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia<br>4.2. 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<br>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 Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.53.

# LECZENIE WYSOKO ZRÓŻNICOWANEGO NOWOTWORU NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI (ICD-10 C25.4)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) histologiczne rozpoznanie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2 według klasyfikacji WHO z 2010 roku);<br>2) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym (IIIB i IV);<br>3) zaawansowanie uniemożliwiające radykalne leczenie metodami chirurgicznymi;<br>4) udokumentowana progresja choroby w ciągu 12 miesięcy do włączenia do programu;<br>5) odpowiednia czynność szpiku kostnego i parametrów krzepnięcia krwi:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10 g/dl,<br>d) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) czasu protrombinowego w granicach 0,85-1,15;<br>6) odpowiednia czynność nerek i wątroby (stosowanie ewerolimusu nie jest zalecane u chorych z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby – C według czynnościowej | **1. Dawkowanie ewerolimusu**<br><br>Zalecana dawka ewerolimusu wynosi 10 mg raz na dobę. Leczenie należy kontynuować do momentu, gdy obserwuje się korzyści kliniczne lub do wystąpienia objawów znacznej toksyczności.<br>W przypadku pominięcia dawki nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.<br><br>**1.1. Dostosowanie dawkowania ze względu na działania niepożądane**<br>W przypadku wystąpienia poważnych lub niemożliwych do zaakceptowania działań niepożądanych może zajść konieczność zmiany dawkowania. Możliwe jest zmniejszenie dawki lub zaprzestanie podawania (np. przez tydzień) ewerolimusu, a następnie rozpoczęcie podawania od dawki 5 mg. Jeżeli konieczne jest zmniejszenie dawki, wówczas sugerowana dawka wynosi 5 mg na dobę.<br><br>**1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:**<br>1) łagodne zaburzenia czynności wątroby (A wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 7,5 mg na dobę; | **1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem**<br><br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br><br>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>7) oznaczenie stężenia glukozy;<br>8) oznaczenie stężenia cholesterolu;<br>9) oznaczenie stężenia trójglicerydów;<br>10) RTG klatki piersiowej, RTG/KT klatki piersiowej lub KT/USG jamy brzusznej w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi;<br>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**1.2. Monitorowanie leczenia ewerolimusem**<br><br>1) badania wykonywane co miesiąc:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,<br>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy |

skali Child-Pugh);

7) stała i na właściwym poziomie kontrola glukozy, cholesterolu oraz trójglicerydów;
8) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;
9) możliwość określenia wymiarów zmian chorobowych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1. (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);
10) wiek powyżej 18 roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie ewerolimusem należy kontynuować do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które w ocenie lekarza lub chorego uniemożliwiają dalsze stosowanie leku.

**1.3. Kryteria wyłączenia**

1) nisko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynny trzustki;
2) embolizacja tętnicy wątrobowej w ciągu 6 miesięcy do włączenia do programu;
3) krioablacja bądź ablacja falami o częstotliwości radiowej przerzutów w wątrobie w ciągu 2 miesięcy do włączenia do programu;
4) ciężkie lub niekontrolowane (w ocenie lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące (w tym – poważne zakażenia, niewydolność wątroby w stopniu C według skali Child-Pugh, niekontrolowana hiperglikemia, hipercholesterolemia i hipertrójglicerydemia, nasilona niewydolność nerek);
5) wcześniejsze leczenie inhibitorem mTOR.

**2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu**

2) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (B wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 5 mg na dobę;
3) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (C wg skali Child-Pugh) stanowią przeciwwskazanie do stosowania ewerolimusu.

Jeśli w trakcie leczenia stan wątroby pacjenta (wg skali Child-Pugh) ulegnie zmianie, dawkowanie należy dostosować. Leczenie powinno być kontynuowane do stwierdzenia progresji choroby lub nieakceptowanych toksyczności.

**2. Dawkowanie sunitynibu**

Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę, przyjmowana doustnie w sposób ciągły.

Możliwe jest stopniowe dokonywanie zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji.

asparaginianowej,
d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
e) oznaczenie stężenia kreatyniny,
f) oznaczenie stężenia glukozy,
g) oznaczenie stężenia cholesterolu,
h) oznaczenie stężenia trójglicerydów;

2) badania wykonywane co 3 kursy leczenia:
a) wybór metody obrazowania w zależności od wykorzystanej przy kwalifikacji do programu.

**2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki sunitynibem**

**2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**

1) patomorfologiczne rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 r.);
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
4) oznaczenie stężenia mocznika;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny;
6) oznaczenie stężenia bilirubiny;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH);
10) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;
11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
12) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;
13) badanie elektrokardiograficzne (EKG);
14) pomiar ciśnienia tętniczego;
15) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

| | | |
|---|---|---|
| **neuroendokrynnego trzustki sunitynibem**<br><br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) wiek powyżej 18 lat;<br>2) potwierdzone patomorfologicznie rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 roku) w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami;<br>3) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);<br>4) możliwość obiektywnej oceny wielkości zmian w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;<br>5) sprawność w stopniach 0 lub 1 według skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group);<br>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>7) prawidłowa czynność narządów określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: | | Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia sunitynibem**<br><br>1) badania wykonywane co 6 tygodni:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,<br>c) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny,<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,<br>f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,<br>g) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej,<br>h) EKG;<br><br>2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 12 tygodni:<br>a) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru,<br>b) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT,<br>c) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Ww. badania obrazowe wykonuje się również w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.<br><br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST lub CHOI.<br><br>**Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** |

| | | |
|---|---|---|
| – liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>– stężenie hemoglobiny większe lub równe 9,0 g/dl;<br>8) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;<br>9) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**2.3. Kryteria wyłączenia pacjenta z programu**<br><br>1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**3. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** | | **3. Monitorowanie programu**<br><br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze raka neuroendokrynnego trzustki (SMPT-Rak neuroendokrynny trzustki), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.<br>3) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.<br><br>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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. | | |

Załącznik B.54.

# LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD10 C90.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **Lenalidomid (schemat Rd)** | | |
| **1. Leczenie lenalidomidem chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełniony jest co najmniej jeden z warunków:<br>1) stosowano co najmniej dwa poprzedzające protokoły leczenia;<br>2) stosowano uprzednio co najmniej jeden protokół leczenia i wystąpiła po nim polineuropatia obwodowa co najmniej 2 stopnia, jeśli ten protokół obejmował talidomid lub co najmniej 3 stopnia, jeśli ten protokół obejmował bortezomib;<br>3) u chorego nie jest planowane przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i w pierwszej linii leczenia stosowano bortezomib. | **1. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu**<br>Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem<br>**Lenalidomid:** Zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.<br>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>**Deksametazon:** Zalecana dawka: 40 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-4, 9-12 i 17-20 każdego 28-dniowego cyklu przez pierwsze 4 cykle leczenia, a następnie 40 mg raz na dobę w dniach 1-4 co 28 dni.<br>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie wapnia w surowicy;<br>3) AspAT, AlAT;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) stężenie kreatyniny;<br>6) klirens kreatyniny;<br>7) stężenie białka M;<br>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)<br>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.<br>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Przed każdym cyklem leczenia:<br>1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym |

| | | |
|---|---|---|
| **1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>**1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo:**<br>1) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x$10^9$/l lub liczba płytek krwi <75x$10^9$/l lub <30x$10^9$/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;<br>2) ciąża;<br>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);<br>4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie:**<br>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;<br>2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia. | **UWAGA:**<br>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce 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. | 2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego<br>**Ocena skuteczności:**<br>Po 6. cyklu leczenia należy wykonać:<br>3) stężenie wapnia w surowicy;<br>4) AspAT, AIAT;<br>5) stężenie bilirubiny;<br>6) stężenie kreatyniny;<br>7) klirens kreatyniny;<br>8) stężenie białka M;<br>9) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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. |

**Pomalidomid (schemat Pd)**

**1. Leczenie pomalidomidem chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego**

**1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pomalidomidem**

Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których stosowano uprzednio co najmniej dwa schematy leczenia, obejmujące zarówno lenalidomid i bortezomib, i u których w trakcie ostatniego leczenia nastąpiła progresja choroby.

Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być włączeni pacjenci leczeni pomalidomidem w ramach innego sposobu finansowania do czasu objęcia refundacją leku w programie lekowym, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1.1. oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt 1.3.

**1.2. Określenie czasu leczenia w programie.**

Leczenie pomalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4 . niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 3, 2 lub 1 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

**1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**

1) bezwzględna liczba neutrofili <1 x$10^9$/l i/lub liczba płytek krwi <50 x$10^9$/l;
2) ciąża;

**1. Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu**

Pomalidomid w postaci kapsułek twardych a 1, 2, 3 lub 4 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem.

**Pomalidomid:** Zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.

**Deksametazon:** Zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1, 8, 15 i 22 każdego 28-dniowego cyklu leczenia.

**UWAGA:**

Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania pomalidomidu w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.

**1. Badania przy kwalifikacji**

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) stężenie wapnia w surowicy;
3) AspAT, AlAT;
4) stężenie bilirubiny;
5) stężenie kreatyniny;
6) klirens kreatyniny;
7) stężenie białka M;
8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)

Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.

**2. Monitorowanie leczenia**

**Przed każdym cyklem leczenia:**

1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym
2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego

**Ocena skuteczności:**

Po 6. cyklu leczenia należy wykonać:

3) stężenie wapnia w surowicy;
4) AspAT, AIAT;

| | | |
|---|---|---|
| 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);<br>4) nadwrażliwość na pomalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;<br>2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia. | | 5) stężenie bilirubiny;<br>6) stężenie kreatyniny;<br>7) klirens kreatyniny;<br>8) stężenie białka M;<br>9) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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. |
| **Daratumumab (schemat DVd)** | | |
| **1. Daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem w leczeniu chorych na szpiczaka plazmocytowego** | **1. Dawkowanie daratumumabu w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem**<br>**Daratumumab** w dawce 16 mg/kg masy ciała jest podawany we wlewie dożylnym raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz co 4 tygodnie od 25 tygodnia leczenia do | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie wapnia w surowicy;<br>3) AspAT, AlAT;<br>4) stężenie bilirubiny; |

**1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia daratumumabem**

Do programu kwalifikowani są dorośli (≥18 lat) chorzy na nawrotowego i/lub opornego szpiczaka plazmocytowego, którzy spełniają jedno z poniższych kryteriów:

1) Pacjenci u których zastosowano jedną linię leczenia, obejmującą bortezomib oraz przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i celowe jest ponowne leczenie bortezomibem zgodnie z zaleceniami klinicznymi pod warunkiem niewystępowania polineuropatii obwodowej lub bólu neuropatycznego ≥ 2 stopnia;
2) Pacjenci u których zastosowano 2 lub 3 poprzedzające linie leczenia, obejmujące bortezomib i lenalidomid.

**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności zgodnie z zaleceniami Charakterystyk Produktów Leczniczych.

**1.3. Kryteria wykluczające udział w programie**

1) Nadwrażliwość na daratumumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) Oporność na leczenie bortezomibem lub przeciwskazania do jego stosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

**1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**

1) Progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 2 cyklach leczenia);
2) Brak co najmniej częściowej remisji po 6 cyklach leczenia;

progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności.

Długość cyklu od 1 do 24 tyg. leczenia wynosi 3 tygodnie, a od 25 tyg. leczenia wynosi 4 tygodnie.

Zmiana dawkowania oraz szybkości infuzji daratumumabu powinny być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Przed i po zakończeniu infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

**Bortezomib** jest podawany we wstrzyknięciu podskórnym lub infuzji dożylnej w dawce 1,3 mg/m$^2$ powierzchni ciała dwa razy w tygodniu przez dwa tygodnie (dni 1., 4., 8. i 11.) w powtarzalnych cyklach terapii trwających 21 dni (3-tygodnie) przez 8 cykli.

**Deksametazon** jest podawany doustnie w dawce 20 mg w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego z 8 cykli bortezomibu (80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu bortezomibu) 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.

Przed rozpoczęciem terapii skojarzonej daratumumabem z bortezomibem i deksametazonem zaleca się profilaktykę

5) stężenie kreatyniny;
6) klirens kreatyniny;
7) stężenie białka M;
8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)
9) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a).

Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

**2. Monitorowanie leczenia**

**Przed każdym cyklem leczenia:**

1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym
2) badania biochemiczne:AST, ALT, bilirubina całkowita, wapń, kreatynina i klirens kreatyniny.

**Ocena skuteczności:**

Oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia wykonanie badań pozwalających na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoliconymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG).

**3. Monitorowanie programu**

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,

| | | |
|---|---|---|
| 3) Powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia daratumumabem zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>4) Ciąża. | przeciwwirusową, zapobiegającą reaktywacji wirusa półpaśca. | z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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. |
| **Karfilzomib (schemat Kd)** | | |
| **1. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem i deksametazonem**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia karfilzomibem**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem mnogim w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki:<br>1) Stosowano 1, ale nie więcej niż 3 wcześniejsze protokoły (linie) leczenia (terapia indukująca, po której nastąpi przeszczep komórek macierzystych i terapia konsolidacyjna/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia);<br>2) LVEF $\geq$ 40%;<br>3) Stan sprawności ECOG 0 - 2.<br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie karfilzomibem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4 poniżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki. | **1. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z deksametazonem**:<br>**Karfilzomib** jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut raz w tygodniu przez okres trzech tygodni (dzień 1., 8. i 15.), po czym następuje 13-dniowy okres bez leczenia (od 16. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia. Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/m2 pc. w 1. dniu cyklu 1., a następnie jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane należy zwiększyć dawkę do 70 mg/m2 pc. w 8. i 15. dniu cyklu 1. W 2. cyklu i kolejnych cyklach lek podawany jest w dawce 70 mg/m2 w dniach 1., 8. i 15. (tj. 3 podania na cykl).<br>**Deksametazon** jest podawany doustnie lub dożylnie w dawce wynoszącej 40 mg w dniach 1., 8. i 15. wszystkich cykli oraz w dniu 22 cykli 1–9.<br>Deksametazon należy podać w czasie od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie wapnia w surowicy;<br>3) AspAT, AlAT;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) stężenie kreatyniny;<br>6) klirens kreatyniny;<br>7) stężenie białka M;<br>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)<br>9) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca.<br>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.<br>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. |

| | | |
|---|---|---|
| **1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**<br>1) ciąża i okres karmienia piersią;<br>2) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);<br>3) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>4) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA;<br>5) zawał mięśnia sercowego przebyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy;<br>6) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym;<br>7) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x$10^9$/l lub liczba płytek krwi <50x$10^9$/l lub <30x$10^9$/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne.<br><br>**1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;<br>2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia. | **UWAGA:**<br>Dawkowanie karfilzomibu może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.<br>Dawkowanie deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **2. Monitorowanie leczenia**<br>**Przed każdym cyklem leczenia:**<br>1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym<br>2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego<br>3) raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG.<br>**Ocena skuteczności:**<br>Po 4. cyklu leczenia należy wykonać:<br>1) stężenie wapnia w surowicy;<br>2) AspAT, AIAT;<br>3) stężenie bilirubiny;<br>4) stężenie kreatyniny;<br>5) klirens kreatyniny;<br>6) stężenie białka M;<br>7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia |
| **Karfilzomib (schemat KRd)** | | |
| **1. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem, lenalidomidem i deksametazonem.**<br>**1.1.** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki:<br>1) stosowano jeden, dwa lub trzy poprzedzające protokoły leczenia;<br>2) w którymkolwiek z poprzedzających protokołów leczenia zastosowano bortezomib i/lub lek immunomodulujący (talidomid lub lenalidomid lub pomalidomid);<br>3) nie uzyskano remisji częściowej po 4 cyklach wg protokołu zawierającego bortezomib lub stwierdzono progresję choroby po co najmniej 3 cyklach leczenia lenalidomidem i deksametazonem, jeśli był to ostatni stosowany przez pacjenta protokół leczenia;<br>4) pacjent kwalifikuje się do leczenia chemioterapią wysokodawkową i przeszczepieniem komórek krwiotwórczych<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie karfilzomibem kontynuuje się przez maksymalnie 8 cykli lub do wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji | **1. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem**<br>**Karfilzomib**: Dawkę wylicza się w oparciu o początkowe pole powierzchni ciała pacjenta (pc.). Karfilzomib jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dwa kolejne dni tygodnia przez okres trzech tygodni (dzień 1., 2., 8., 9., 15. i 16.), po czym następuje 12-dniowy okres bez leczenia (od 17. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia. Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/ $m^2$ pc. w 1. i 2. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 44 mg). Jeśli lek jest dobrze tolerowany, dawkę należy zwiększyć do 27 mg/ $m^2$ pc. w 8. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 60 mg).<br><br>**UWAGA:**<br>Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m2 powinni otrzymywać dawkę karfilzomibu obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m2 a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem karfilzomibu w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie wapnia w surowicy;<br>3) AspAT, AlAT;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) stężenie kreatyniny;<br>6) klirens kreatyniny;<br>7) stężenie białka M;<br>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)<br>9) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serce<br><br>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.<br>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. |

| | | |
|---|---|---|
| dawki leku do 20 lub15 mg/m2 pc. zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego<br><br>Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4 niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>**1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**<br>1) bezwzględna liczba neutrofili <0,5x10$^9$/l ; liczba płytek krwi < 30x10$^9$/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <75x10$^9$/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego Revlimid);<br>2) ciąża i okres karmienia piersią;<br>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);<br>4) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br>5) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br>6) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA<br>7) zawał mięśnia sercowego przebyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy.<br>8) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym | nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać karfilzomibu w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m2 pc. jest podawana przez 10 minut. Dawkowanie karfilzomibu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**Lenalidomid** w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z karfilzomibem i deksametazonem.<br>**Lenalidomid:** Zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.<br>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>**UWAGA:**<br>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu | **2. Monitorowanie leczenia**<br>**Przed każdym cyklem leczenia:**<br>1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym<br>2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego<br>3) raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG.<br>**Ocena skuteczności:**<br>Po 4. cyklu leczenia należy wykonać:<br>1) stężenie wapnia w surowicy;<br>2) AspAT, AIAT;<br>3) stężenie bilirubiny;<br>4) stężenie kreatyniny;<br>5) klirens kreatyniny;<br>6) stężenie białka M;<br>7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; |

| | | |
|---|---|---|
| **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;<br>2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia. | 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.<br><br>**Deksametazon w skojarzeniu z lenalidomidem i karfilzomibem:**<br>Zalecana dawka: 40 mg doustnie lub dożylnie raz na dobę w 1., 8., 15. i 22. dniu cyklu trwającego 28 dni.<br>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby (u chorych powyżej 75 r.ż. dawkę należy zmniejszyć do 20 mg). Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu. | 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. |
| **Iksazomib (schemat IRd)** | | |
| **1. Iksazomib w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego**<br>**1.1.** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej:<br>1) spełniający kryteria do leczenia lenalidomidem w połączeniu z deksametazonem oraz,<br>2) u których występują aberracje cytogenetyczne z grupy wysokiego ryzyka, tj.:<br>a) delecja w chromosomie 17 - del(17p) albo | **1. Dawkowanie iksazomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem**<br>Zalecana dawka początkowa iksazomibu wynosi 4 mg doustnie i jest podawana raz w tygodniu w dniach 1., 8. i 15. 28-dniowego cyklu leczenia.<br><br>Zalecana dawka początkowa lenalidomidu wynosi 25 mg raz na dobę i jest podawana w dniach od 1. do 21. 28-dniowego cyklu leczenia. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie wapnia w surowicy;<br>3) AspAT, AlAT;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) stężenie kreatyniny;<br>6) klirens kreatyniny;<br>7) stężenie białka M; |

| | | |
|---|---|---|
| b) translokacja t(4;14) albo<br>c) translokacja t(14;16).<br>oraz<br>3) u których stosowano co najmniej dwa protokoły leczenia<br>4) u których stwierdzono brak oporności na lenalidomid<br>5) którzy posiadają stan sprawności ECOG 0-2<br><br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie iksazomibem w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej). Wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności iksazomibu lub lenalidomidu mimo zastosowania redukcji dawki danego leku zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego wymaga jego odstawienia.<br><br>**1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**<br>1) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x$10^9$/l lub liczba płytek krwi <75x$10^9$/l lub <30x$10^9$/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;<br>2) ciąża;<br>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);<br>4) nadwrażliwość na iksazomib lub lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. | Zalecana dawka deksametazonu wynosi 40 mg i jest podawana w dniach 1., 8., 15. i 22. 28-dniowego cyklu leczenia.<br><br>Dopuszcza się modyfikację dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)<br>9) udokumentowanie obecności aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;<br>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia, za wyjątkiem badań z pkt. 9, które mogą być wykonane wcześniej.<br>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br><br>Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi z rozmazem i test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>Ponadto, po 6. cyklu leczenia:<br>1) stężenie wapnia w surowicy;<br>2) AspAT, AIAT;<br>3) stężenie bilirubiny;<br>4) stężenie kreatyniny;<br>5) klirens kreatyniny;<br>6) stężenie białka M;<br>7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). |

| | | |
|---|---|---|
| **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;<br>2) brak remisji częściowej po 6 cyklach leczenia;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na iksazomib lub którykolwiek ze składników preparatu. | | **3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.55.

# LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10 K51)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie**<br>Do leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem mogą zostać włączeni pacjenci spełniający łącznie kryteria wskazane w punktach 1 i 2.<br>1) Wiek od 6 roku życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 roku życia w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu.<br>2) Pacjenci z rozpoznaną ciężką postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, u których leczenie cyklosporyną jest niewskazane lub przeciwwskazane:<br>a) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA) (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż. albo ocena ≥65 punktów w skali PUCAI u osób w wieku < 18 r.ż.), lub<br>b) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA), lub<br>c) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA);<br>3) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem, a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że:<br>a) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu, | **1. Dawkowanie infliksymabu**<br>Dawkowanie infliksymabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**2. Dawkowanie wedolizumabu**<br>Dawkowanie wedolizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Dawkowanie tofacytynibu**<br>Dawkowanie tofacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów;<br>2) Ilość krwinek białych;<br>3) Liczba krwinek czerwonych;<br>4) Poziom hemoglobiny;<br>5) Płytki krwi;<br>6) Odczyn Biernackiego;<br>7) Aminotransferaza alaninowa;<br>8) Aminotransferaza asparaginianowa;<br>9) Poziom kreatyniny w surowicy;<br>10) Białko C- reaktywne;<br>11) Badanie ogólne moczu;<br>12) Próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>13) Antygen HBS;<br>14) Przeciwciała ANTY HCV;<br>15) Antygen wirusa HIV(HIV AG/AB COMBO);<br>16) Stężenie elektrolitów w surowicy;<br>17) Hematokryt;<br>18) RTG klatki piersiowej;<br>19) EKG z opisem; |

| | | |
|---|---|---|
| b) łączny czas terapii infliksymabem / wedolizumabem / tofacytynibem nie jest dłuższy od łącznego czasu terapii indukcyjnej i podtrzymującej określonego poniżej,<br>c) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie,<br>d) nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie.<br>4) Dopuszcza się zamianę leków infliksymab albo wedolizumab albo tofacytynib w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4.<br>Nieskuteczność leczenia standardowego ciężkiego rzutu WZJG określa się jako niepowodzenie zastosowania 3-5 dni terapii steroidami dożylnymi.<br>Steroidooporność oznacza brak poprawy klinicznej pomimo zastosowania przez 4 tygodnie steroidu w dawce dobowej do 0,75 mg/kg m.c. w przeliczeniu na prednizolon.<br>Steroidozależność to brak możliwości redukcji dawki steroidów poniżej 10 mg/dobę w przeliczeniu na prednizolon wciągu 3 miesięcy od rozpoczęcia steroidoterapii lub nawrót dolegliwości w ciągu 3 miesięcy od odstawienia steroidów.<br>Oporność na leczenie immunosupresyjne (brak dostatecznej odpowiedzi) oznacza brak remisji lub nawrót dolegliwości pomimo stosowania leczenia immunosupresyjnego przez co najmniej 3 miesiące w odpowiednich dawkach (azatiopryna 2-2,5 mg/kg m.c./dobę lub 6-merkaptopuryna w dawce 1-1,5 mg/kg m.c./dobę).<br>Leczenie cyklosporyną jest niewskazane w przypadku wystąpienia:<br>a) ciężkiego rzutu WZJG w trakcie leczenia azatiopryną (AZA) lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub<br>b) hypomagnezemii, lub<br>c) potencjalnych interakcji lekowych, lub<br>d) hiperkaliemii, lub<br>e) hyperurikemii, lub | | 20) Badanie endoskopowe;<br>21) Posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;<br>22) Badanie kału na toksynę Clostridium Difficile.<br>23) Lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trój glicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI,<br>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<br>3) morfologia krwi obwodowej,<br>4) CRP.<br>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 8 tygodni.<br>**2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo,<br>2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,<br>3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem, |

| | | |
|---|---|---|
| f) u pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia.<br>Przeciwwskazania do zastosowania terapii cyklosporyną zgodne z CHPL:<br>a) zaburzenia czynności nerek,<br>b) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze,<br>c) trudne do opanowania zakażenia,<br>d) nowotwory złośliwe.<br>W przypadku kobiet w okresie rozrodczym konieczne jest wyrażenie zgody na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia i do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu.<br>W przypadku kobiet w okresie rozrodczym konieczne jest stosowanie skutecznej metody antykoncepcji w trakcie leczenia tofacytynibem i co najmniej przez 4 tygodnie po podaniu ostatniej dawki.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**<br>1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;<br>2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;<br>3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;<br>4) Niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) Przewlekła niewydolność oddechowa;<br>6) Przewlekła niewydolność nerek;<br>7) Przewlekła niewydolność wątroby;<br>8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby;<br>10) Ciąża lub karmienie piersią;<br>11) Rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych, również w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;<br>12) Powikłania wymagające innego postępowania (np. leczenia operacyjnego). | | 4) CRP.<br>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 8 tygodni.<br><br>**2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo,<br>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,<br>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),<br>4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| 13) Stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl – dotyczy stosowania tofacytynibu.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) Terapia indukcyjna: infuzja infliksymabu albo wedolizumabu w 0,2,6 tygodniu albo doustne podanie tofacytynibu 2 razy dziennie przez 8 tygodni.<br>2) Leczenie podtrzymujące: leczenie infliksymabem albo wedolizumabem albo tofacytynibem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy w przypadku infliksymabu/tofacytynibu oraz 54 tygodni w przypadku wedolizumabu, od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej.<br>Odpowiedź definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI.<br><br>**4. Zakończenie leczenia w programie**<br>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-3.<br>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;<br>2) Wystąpienie działań niepożądanych leczenia;<br>3) Wystąpienie powikłań wymagających innego specyficznego 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.56.

# LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10 C61)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego z przerzutami spełniający poniższe kryteria:<br>1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;<br>2) zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie;<br>3) 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 kryteriów w pkt 4);<br>4) progresja choroby określona na podstawie:<br>a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml<br>lub<br>b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;<br>5) nieleczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości);<br>6) stan sprawności 0 według klasyfikacji WHO;<br>7) wiek powyżej 18. roku życia.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, leczeni octanem | **1. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii**<br>Zalecana dawka octanu abirateronu wynosi 1000 mg i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Leku nie wolno przyjmować razem z pokarmem (przyjmowanie leku z pokarmem zwiększa całkowite narażenie organizmu na abirateron).<br>Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.<br>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH.<br>Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego.<br>**2. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem** | **1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;<br>2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia;<br>3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);<br>4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa, lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;<br>5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.<br>**1.2. Monitorowanie leczenia**<br>Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:<br>1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące;<br>2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;<br>3) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc; |

abirateronu przed stosowaniem chemioterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia oraz nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**1.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (Klasa B lub C wg Child-Pugh);
3) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy;
4) stężenie potasu poniżej dolnej granicy normy;
5) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni;
6) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
7) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;
8) rozpoznanie drobnokomórkowego raka stercza;
9) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu.

**1.4. Kryteria wyłączenia z programu**

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na octan abirateronu lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:

a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:

- progresja kliniczna:
  - progresja bólu związana z koniecznością zastosowania przeciwbólowego leku opioidowego przez okres dłuższy niż 2 tygodnie lub

lub

**chemioterapii**

Zalecana dawka enzalutamidu to 160 mg (cztery kapsułki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Kapsułki należy połykać w całości popijając wodą niezależnie od posiłku.

W przypadku pominięcia przyjęcia leku o zwykłej porze, przepisaną dawkę należy przyjąć tak szybko jak to możliwe.

W przypadku pominięcia dawki w danym dniu, leczenie należy wznowić następnego dnia przyjmując zazwyczaj stosowaną dawkę dobową.

Jeśli u pacjenta wystąpią objawy toksyczności stopnia ≥ 3 lub inne działania niepożądane, należy przerwać stosowanie produktu na tydzień lub do czasu zmniejszenia objawów do stopnia ≤ 2. Maksymalna przerwa w podawaniu leku nie może być dłuższa niż 8 tygodni. Następnie należy wznowić stosowanie leku w tej samej lub, jeżeli jest to uzasadnione, zmniejszonej dawce (120 mg lub 80 mg).

U chorych nie poddanych obustronnej orchiektomii należy kontynuować terapię farmakologiczną, której celem jest uzyskanie kastracji.

**3. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu**

Zalecana dawka octanu abirateronu wynosi 1000 mg i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Leku nie wolno przyjmować razem z pokarmem (przyjmowanie leku z pokarmem zwiększa całkowite narażenie

4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
5) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączania do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

**2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii**

**2.1. Badania przy kwalifikacji**

1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;
2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia;
3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);
4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa, lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;
5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.

**2.2. Monitorowanie leczenia**

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące;
2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;
3) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
4) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączania do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie

- wystąpienie SRE (skeletal related events – zdarzeń kostnych)

lub

- pogorszenie sprawności pacjenta (wg Klasyfikacji WHO) do co najmniej stopnia 2, utrzymujące się min. 2 tygodnie,

- progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml,
- progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym

lub

b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;

3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;
4) rezygnacja świadczeniobiorcy.

**2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii**

**2.1. Kryteria kwalifikacji**

Do leczenia enzalutamidem w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego z przerzutami spełniający poniższe kryteria:

1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;
2) zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie;
3) 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 kryteriów w pkt. 4);
4) progresja choroby określona na podstawie:

a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml

lub

b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;

organizmu na abirateron).

Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.

U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH.

Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego.

**4. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem**

Zalecana dawka enzalutamidu to 160 mg (cztery kapsułki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Kapsułki należy połykać w całości popijając wodą niezależnie od posiłku.

W przypadku pominięcia przyjęcia leku o zwykłej porze, przepisaną dawkę należy przyjąć tak szybko jak to możliwe.

W przypadku pominięcia dawki w danym dniu, leczenie należy wznowić następnego dnia przyjmując zazwyczaj stosowaną dawkę dobową.

Jeśli u pacjenta wystąpią objawy toksyczności stopnia $\geq 3$ lub inne działania niepożądane, należy przerwać stosowanie produktu na tydzień lub do czasu zmniejszenia objawów do stopnia $\leq 2$. Maksymalna przerwa w podawaniu leku nie może być dłuższa niż 8 tygodni. Następnie

kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

**3. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu**

**3.1. Badania przy kwalifikacji**

1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;
2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child Pugh przed rozpoczęciem leczenia;
3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);
4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;
5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.

**3.2. Monitorowanie leczenia**

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;
2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;
3) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc;
4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
5) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów

5) Nie leczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości);
6) Stan sprawności 0 według klasyfikacji ECOG;
7) Wiek powyżej 18. roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, leczeni enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia oraz nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

**2.2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**2.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) ciężka niewydolność nerek lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh);
3) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni;
4) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
5) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6) rozpoznanie drobnokomórkowego raka stercza;
7) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu;
8) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia.

**2.4. Kryteria wyłączenia z programu**

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących

należy wznowić stosowanie leku w tej samej lub, jeżeli jest to uzasadnione, zmniejszonej dawce (120 mg lub 80 mg).

U chorych nie poddanych obustronnej orchiektomii należy kontynuować terapię farmakologiczną, której celem jest uzyskanie kastracji.

**5. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223**

5.1. Lek jest podawany we wstrzyknięciach dożylnych w dawce 55 kBq/kg mc.

5.2. Dawka leku nie może być modyfikowana.

5.3. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych kolejna dawka leku może być podana z opóźnieniem, jednak nie może ono wynieść więcej niż 4 tygodnie.

5.4. Warunkiem podania kolejnej dawki leku w przypadku, o którym mowa powyżej jest:

a) w przypadku hematotoksyczności: działanie powinno zmniejszyć się co najmniej do stopnia 2 wg CTC;
b) w przypadku toksyczności innych niż hematologiczne: działanie powinno zmniejszyć się do stopnia 2 wg CTC w przypadku działań żołądkowo-jelitowych lub stopnia 3 wg CTC w przypadku pozostałych działań;
c) w przypadku kompresji rdzenia kręgowego, do której dojdzie w trakcie leczenia, stosowanie leku może być kontynuowane, jeżeli

zawartych w kryteriach progresji.

**4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem**

**4.1. Badania przy kwalifikacji**

1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;
2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child Pugh przed rozpoczęciem leczenia;
3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);
4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;
5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.

**4.2. Monitorowanie leczenia**

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;
2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;
3) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
4) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

**5. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu**

kryteriów:

a) Wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:

- progresja kliniczna:
  - progresja bólu związana z koniecznością zastosowania przeciwbólowego leku opioidowego przez okres dłuższy niż 2 tygodnie

  lub
  - wystąpienie SRE (skeletal related events – zdarzeń kostnych)

  lub
  - pogorszenie sprawności pacjenta (wg. Klasyfikacji ECOG) do co najmniej stopnia 2, utrzymujące się min. 2 tygodnie
- progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml.
- progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym

lub

b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;

3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;

4) rezygnacja świadczeniobiorcy.

**3. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu**

**3.1. Kryteria kwalifikacji**

Do leczenia octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego:

1) rozpoznanego histologicznie (dopuszczalne kwalifikowanie chorych, u których rozpoznanie ustalono w przeszłości cytologicznie, kiedy histologiczne badanie nie było standardem postępowania diagnostycznego);

2) stadium oporności na kastrację, określonym na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej;

zaopatrzenie pacjenta nie spowoduje opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie;

d) w przypadku złamania kostnego, do którego dojdzie w trakcie leczenia, podanie kolejnej dawki leku powinno odbyć się w okresie od 2 do 4 tygodni po dokonaniu się złamania.

**krokowego dichlorkiem radu Ra-223**

**5.1. Badania przy kwalifikacji**

1) badania laboratoryjne wykonuje się maksymalnie na 2 tygodnie przed kwalifikacją do programu, badania obrazowe (z wyjątkiem scyntygrafii) na 2 miesiące przed kwalifikacją do programu, scyntygrafię wykonuje się maksymalnie na 3 miesiące przed kwalifikacją pacjenta do programu.

2) w ramach kwalifikacji pacjenta do programu wykonuje się następujące badania:

a) morfologia krwi z rozmazem,

b) oznaczenie stężenia PSA,

c) oznaczenie w surowicy stężenia: bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej, testosteronu,

d) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),

3) scyntygrafia kości,

4) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy,

5) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej.

**5.2. Monitorowanie leczenia**

1) w ramach monitorowania leczenia w programie każdorazowo przed podaniem kolejnej dawki leku wykonuje się następujące badania:

a) morfologia krwi z rozmazem,

b) oznaczenie w surowicy stężenia bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej,

c) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),

2) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące,

| | | |
|---|---|---|
| 3) z progresją choroby w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu, określoną na podstawie:<br>a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml lub<br>b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;<br>4) w stanie sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;<br>5) w wieku powyżej 18. roku życia.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>Do programu kwalifikowani są również pacjenci dotychczas leczeni z zastosowaniem octanu abirateronu w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej, pod warunkiem, że zostali zakwalifikowani do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej przed 1 stycznia 2014 r. oraz przed rozpoczęciem leczenia nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.<br><br>**3.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa B lub C wg Child-Pugh);<br>3) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy;<br>4) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego;<br>5) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;<br>6) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu.<br><br>**3.4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na octan abirateronu lub którąkolwiek substancję pomocniczą; | | w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;<br>3) po zakończeniu leczenia w programie, w okresie 4-8 tygodni od momentu podania ostatniej dawki leku, jednorazowo wykonuje się badania określone w pkt 1);<br>4) inne badania w razie wskazań klinicznych, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.<br><br>**6. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:<br>a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:<br>• progresja kliniczna:<br>▪ progresja bólu określona jako włączenie nowego opioidu na dłużej niż 2 tygodnie (nie dotyczy przypadków, gdy włączenie nowego opioidowego leku przeciwbólowego nastąpiło z powodu działań niepożądanych wywołanych przez lek dotychczas stosowany)<br>lub<br>▪ wystąpienie SRE (skeletal related events - zdarzeń kostnych)<br>lub<br>▪ utrzymujące się min. 2 tygodnie pogorszenie sprawności pacjenta do co najmniej stopnia 2 (wg klasyfikacji WHO);<br>• progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, zudowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml,<br>• progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym,<br>lub<br>b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;<br>4) rezygnacja świadczeniobiorcy.<br><br>**4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem**<br>**4.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek: 18 lat i powyżej;<br>2) rozpoznanie histologiczne raka gruczołu krokowego;<br>3) stadium oporności na kastrację (stężenie testosteronu w surowicy wynoszące poniżej 50 ng/dl, tj. wynoszące mniej niż 1,7 nmol/l);<br>4) stan sprawności 0-1 według ECOG; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 5) z progresją choroby w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu, określoną na podstawie:<br>a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml lub<br>b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**4.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br>1) nadwrażliwość na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) ciężka niewydolność nerek, ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg skali Child – Pugh);<br>3) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;<br>4) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu;<br>5) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia.<br><br>**4.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o zakończeniu leczenia świadczeniobiorcy w programie, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.<br><br>**4.4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:<br>a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:<br>• progresja kliniczna:<br>▪ progresja bólu określona jako włączenie nowego opioidu na dłużej niż 2 tygodnie (nie dotyczy przypadków, gdy włączenie nowego opioidowego leku przeciwbólowego nastąpiło z powodu działań niepożądanych wywołanych przez lek dotychczas stosowany) | | |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>▪ wystąpienie SRE (skeletal related events - zdarzeń kostnych)<br>lub<br>▪ utrzymujące się min. 2 tygodnie pogorszenie sprawności pacjenta do co najmniej stopnia 2 (wg klasyfikacji WHO);<br>• progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, zudowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml,<br>• progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym,<br>lub<br>b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z zaleceniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;<br>4) rezygnacja świadczeniobiorcy.<br><br>**5. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223**<br>**5.1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria:<br>1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka gruczołu krokowego;<br>2) kastracyjne stężenie testosteronu (poniżej 50 ng/dl) w wyniku prowadzonego farmakologicznego leczenia kastracyjnego (farmakologiczne leczenie kastracyjne powinno być kontynuowane)<br>lub<br>po wykonanej kastracji chirurgicznej;<br>3) progresja po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia systemowego (innych niż analogi LHRH) z powodu przerzutowego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, w tym leczenie docetakselem ukończone co najmniej 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223. Jeśli pacjent przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223 przyjmował octan abirateronu z prednizonem/prednizolonem, należy zapewnić minimum 5 dniowy odstęp między podaniem ostatniej dawki octanu abirateronu z prednizonem/prednizolonem, a | | |

| | | |
|---|---|---|
| pierwszej dawki dichlorku radu-223.<br>Dopuszcza się zastosowanie dichlorku radu-223 bez zastosowania wcześniejszych dwóch linii leczenia systemowego pod warunkiem braku możliwości zastosowania innej metody leczenia systemowego, co oznacza obecność przeciwwskazań medycznych;<br>4) progresja nowotworu definiowana jest jako:<br>a) wzrost stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, w tym co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która musi wynosić powyżej 2 ng/ml<br>lub<br>b) wystąpienie objawów progresji zmian w badaniach obrazowych;<br>5) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości;<br>6) bóle kostne wymagające:<br>a) stałego stosowania leków przeciwbólowych, w sposób zgodny z zasadami postępowania w leczeniu bólu pochodzenia nowotworowego, lub<br>b) paliatywnej radioterapii, która została przeprowadzona w okresie nie więcej niż 12 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia dichlorkiem radu-223;<br>7) brak przerzutów do narządów trzewnych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej;<br>8) stan sprawności ogólnej 0-2 według ECOG;<br>9) wiek pacjenta: 18 lat i powyżej;<br>10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,0 x $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>11) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 GGN;<br>12) aktywność AspAT i AlAT mniejsze lub równe 2,5 GGN;<br>13) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5 GGN;<br>14) oczekiwany czas przeżycia dłuższy niż 6 miesięcy.<br><br>**5.2. Określenie czasu leczenia w programie** | | |

| | | |
|---|---|---|
| Leczenie w programie obejmuje 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni, chyba że w oparciu o kryteria zakończenia udziału w programie, określone w pkt 4.4., zostanie podjęta decyzja o wyłączeniu pacjenta z programu.<br><br>**5.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br>Do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>1) współistnienie innego aktywnego nowotworu złośliwego (z wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry);<br>albo<br>wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji;<br>2) wystąpienie istotnych klinicznie działań niepożądanych spowodowanych chemioterapią, które nie ustępują w ciągu 4 tygodni od przerwania leczenia (z wyjątkiem utrzymującej się neuropatii);<br>3) leczenie z zastosowaniem strontu-89, samaru-153, renu-186 lub renu-188 w okresie 24 tygodni przed rozpoczęciem leczenia w ramach tego programu;<br>4) jednoczesne stosowanie innego systemowego leczenia przeciwnowotworowego z wyjątkiem farmakologicznego leczenia kastracyjnego (analog LHRH);<br>5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, wymagająca zaopatrzenia miejscowego lub radioterapii (leczenie dichlorkiem radu Ra-223 może zostać podjęte po skutecznym zakończeniu leczenia miejscowego);<br>6) obecność przerzutów do mózgu niekontrolowanych leczeniem miejscowym;<br>7) obecność co najmniej jednego z następujących schorzeń współistniejących:<br>a) niekontrolowana infekcja,<br>b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA,<br>c) choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego,<br>d) mielodysplazja szpiku;<br>8) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału;<br>9) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania dichlorku radu Ra-223. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **5.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>Leczenie pacjenta w programie zostaje zakończone, jeżeli w trakcie tego leczenia wystąpi co najmniej jedno z następujących kryteriów:<br>1) wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności hematologicznej tj. neutropenii lub trombocytopenii w stopniu 3 lub 4 wg CTC, utrzymujące się pomimo podjętego leczenia objawowego przez okres powyżej 14 dni<br>lub<br>utrzymywanie się pomimo podjętego leczenia objawowego innej toksyczności w stopniu 4 wg CTC przez okres powyżej 7 dni;<br>2) rozpoczęcie nowego leczenia z zastosowaniem innego preparatu radioizotopowego<br>- z wyjątkiem zastosowania radioterapii paliatywnej na pojedyncze ogniska przerzutowe;<br>3) progresja choroby definiowana jako:<br>a) progresja PSA rozumiana jako postępujące zwiększenie stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, z co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która musi być większa 5 ng/ml<br>oraz<br>b) pogorszenie stanu sprawności ogólnej o co najmniej 2 stopnie wg ECOG w stosunku do wartości wyjściowej;<br>4) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału;<br>5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, która nie może zostać zaopatrzona miejscowo lub której zaopatrzenie wymagałoby opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie;<br>6) jakiekolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia dichlorkiem radu Ra-223. | | |

Załącznik B.57.

# LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ I/LUB DOLNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD–10 I61, I63, I69)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox albo Dysport kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6 i/lub 1,2,4,5,6.<br>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6.<br>1) Wiek od 18 roku życia;<br>2) Pacjenci po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu, udokumentowanym wypisem ze szpitala;<br>3) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny górnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej;<br>4) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny dolnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej;<br>5) Pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej;<br>6) Brak przeciwskazań do leczenia wymienionych w | **1. Dawkowanie Botulinum A toxin ā 100 j. (Botox), Botulinum A toxin ā 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport) oraz Botulinum A toxin ā 100 j. (Xeomin)**<br>Podczas jednej sesji leczenia nie powinno się przekraczać maksymalnych dawek leku dla poszczególnych kończyn oraz maksymalnej dawki jednorazowej na sesję.<br>Maksymalne dawki na sesję (według zaleceń polskich i europejskich oraz odpowiednich aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych):<br>a) Botox: 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 300 j. do 400 j.),<br>b) Dysport: 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.),<br>c) Xeomin: 500 j. (tylko kończyna górna).<br>Lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek zgodnych z Charakterystyką Produktów Leczniczych lub z opublikowanymi rekomendacjami grupy ekspertów PTN oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego (wybór mięśni i dawek w zależności od aktualnego stanu klinicznego i funkcjonalnego ocenionego przez lekarza). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Badanie neurologiczne:<br>a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS,<br>b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych),<br>c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;<br>2) U pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR ≤ 2,5).<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Podczas wizyt kontrolnych przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się:<br>1) Ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania |

| | | |
|---|---|---|
| Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący leczenie pacjenta. Liczba podań leku i czas leczenia zależy od uzyskania przez pacjenta adekwatnej odpowiedzi na leczenie – przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.<br>W przypadku wystąpienia u pacjenta przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu, pacjent zostaje wyłączony z programu bez zbędnej zwłoki.<br><br>**3. Podawanie leku w ramach programu**<br>1) O liczbie podań, jaką otrzyma pacjent, decyduje lekarz prowadzący. Liczba podań leku zależy od uzyskania przez pacjenta dobrej odpowiedzi na leczenie, przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni;<br>2) 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 zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego terapię.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu** | Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.<br>Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub ultrasonografii (USG). | kolejnych dawek leku;<br>2) Ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzana za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale);<br>3) Test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych);<br>4) Ocenę spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS;<br>5) Ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością.<br>W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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) Brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Pacjenta uznaje się za odpowiadającego na leczenie, gdy po podaniu dwóch kolejnych dawek leku doszło u niego do spadku napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS względem wartości wyjściowych;<br>2) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>3) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>4) Utrwalony przykurcz kończyny górnej i/lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;<br>5) Ciężkie zaburzenia połykania i oddychania;<br>6) Ciąża lub karmienie piersią;<br>7) Potwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego;<br>8) Wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku;<br>9) Wszczepienie pompy baklofenowej;<br>10) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo–mięśniową (np. aminoglikozydy);<br>11) Powstanie oporności na lek. | | |

Załącznik B.58.

# LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA (ICD-10 C16)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Program obejmuje leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br><br>1) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka z obecnością przerzutów odległych;<br>2) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka określana jako wynik IHC /3+/;<br>3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej;<br>4) stan sprawności 0-1 wg WHO;<br>5) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu przerzutowego raka żołądka;<br>6) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%;<br>7) ukończenie 18 roku życia.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br><br>Podawanie trastuzumabu jest kontynuowane po zakończeniu chemioterapii do wystąpienia progresji choroby lub istotnej klinicznie toksyczności, która nakazuje zaprzestanie leczenia.</td>
<td>1. Leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną<br><br>Trastuzumab stosowany jest co 3 tygodnie – pierwsza dawka leku wynosi 8 mg/kg masy ciała i.v., a następne 6 mg/kg.<br><br>Chemioterapia rozpoczynana jest w dniu podania pierwszej dawki trastuzumabu i polega na zastosowaniu jednego z dwu schematów:<br><br>1) cisplatyna 80 mg/m$^2$ i.v dzień 1 oraz fluorouracyl wlew ciągły i.v. 800 mg/ m$^2$ na dobę dni 1-5; cykle powtarzane co 3 tygodnie;<br><br>2) cisplatyna 80 mg/m$^2$ i.v dzień 1 oraz kapecytabina 1000 mg/ m$^2$ 2 x dziennie p.o. w dniach 1-14; cykle powtarzane co 3 tygodnie.<br><br>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków cytotoksycznych maksymalnie o 25% w zależności od toksyczności lub opóźnienie podania kolejnego kursu.<br><br>W przypadku nietolerancji jednej z fluoropirymidyn możliwa jest zmiana schematu chemioterapii na alternatywny (zamiana fluorouracylu na kapecytabinę</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br><br>1) badanie immunohistochemiczne (ocena nadekspresji receptora HER2);<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny;<br>b) stężenie ALAT;<br>c) stężenie AspAT;<br>d) stężenie bilirubiny;<br>e) stężenie sodu;<br>f) stężenie potasu;<br>g) stężenie wapnia.<br>4) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;<br>5) KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni);<br>6) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);<br>7) EKG i ECHO lub MRI, konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO lub MRI;<br>8) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę);<br>9) KT lub MRI mózgu (tylko, gdy są wskazania kliniczne).</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| Maksymalna liczba cykli chemioterapii cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną wynosi 6.<br><br>**3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie**<br>1) przebyta chemioterapia z powodu przerzutowego raka żołądka;<br>2) nadwrażliwość na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;<br>3) nasilona duszność spoczynkowa związana z zaawansowaniem nowotworu lub innymi chorobami;<br>4) stan sprawności 2-4 według WHO;<br>5) niewydolność sercowo-naczyniowa i nadciśnienie tętnicze nie poddające się leczeniu farmakologicznemu;<br>6) ciąża i karmienie piersią;<br>7) klinicznie objawowe przerzuty do OUN;<br>8) inne poważne współistniejące choroby uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia;<br>9) istotne klinicznie i stanowiące przeciwskazanie do stosowania chemioterapii zaburzenia wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia;<br>2) wystąpienie istotnych klinicznie zaburzeń wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby uniemożliwiających dalsze leczenie;<br>3) ciąża.<br><br>**5. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu | lub odwrotnie). | **2. Monitorowanie leczenia**<br>1) morfologia krwi (z rozmazem) przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu;<br>2) badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny;<br>b) stężenie ALAT;<br>c) stężenie AspAT;<br>d) stężenie bilirubiny;<br>e) stężenie sodu;<br>f) stężenie potasu;<br>g) stężenie wapnia.<br>Badania wykonuje się przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu.<br>3) EKG i ECHO lub MRI w trzecim oraz szóstym miesiącu, a następnie w przypadku klinicznych wskazań;<br>4) KT jamy brzusznej oraz RTG lub KT klatki piersiowej, co 3 miesiące lub w przypadku wskazań klinicznych (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej);<br>5) scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości) nie częściej, niż co 6 miesięcy.<br><br>**Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 5. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** |

| | | |
|---|---|---|
| kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 5. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. |

Załącznik B.59.

# LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10 C43)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia ipilimumabem, lub niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem**<br>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV oraz:<br>a) w przypadku monoterapii ipilimumabem: nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy chorych, którzy otrzymywali uzupełniające leczenie pooperacyjne - wymienieni chorzy mogą być kwalifikowani do leczenia ipilimumabem po wspomnianym leczeniu uzupełniającym oraz jednej linii leczenia systemowego z powodu uogólnienia nowotworu),<br>b) w przypadku terapii niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem:<br>– brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz<br>i. brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry, albo<br>ii. nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem). Farmakologiczne leczenie | **1. Dawkowanie ipilimumabu w monoterapii (w drugiej linii leczenia)**<br>Zalecana dawka ipilimumabu wynosi 3 mg/kg i obejmuje 4 podania w odstępach co 3 tygodnie (leczenie w tygodniach 1, 4, 7 i 10). Ipilimumab nie może być stosowany łącznie z:<br>1) innym przeciwciałem monoklonalnym;<br>2) inhibitorem kinazy BRAF;<br>3) inhibitorem kinazy MEK.<br>**2. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Niwolumab lub pembrolizumab, lub niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem nie może być stosowany łącznie z: | **1. Badania przy kwalifikacji do programu**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia ipilimumabem, lub niwolumabem, lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**<br>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka;<br>2) Ocena ekspresji PDL-1 metodami immunohistochemicznymi na materiale utrwalonym z czerniaka - dotyczy terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem;<br>3) Diagnostyka obrazowa: RTG, PET-TK, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze);<br>4) Pomiar masy ciała;<br>5) Pełne badanie przedmiotowe;<br>6) Ocena sprawności w skali ECOG;<br>7) Ocena obecności mutacji BRAF V600;<br>8) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>9) Elektrokardiogram (EKG); |

systemowe (w tym z użyciem anty-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;

2) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;
3) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;
4) Wiek ≥ 18 lat;
5) Do leczenia niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem kwalifikowani są pacjenci z ekspresją PDL-1 poniżej 5%;
6) Rozpoczynanie leczenia w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;
7) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;
8) Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 16 tygodni po podaniu ostatniej dawki;
9) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;
10) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
11) Brak przeciwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem**

1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji - nie później niż 16 tygodni wstecz;
1) innym przeciwciałem monoklonalnym (wyjątek stanowi skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem);
2) inhibitorem kinazy BRAF;
3) inhibitorem kinazy MEK.

**3. Dawkowanie wemurafenibu oraz kobimetynibu**

Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.

W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem aż do zakończenia leczenia.

**4. Dawkowanie dabrafenibu oraz trametynibu**

Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.

W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu reakcji niepożądanych można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą
10) Badania laboratoryjne:
   a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek,
   b) parametry biochemiczne surowicy: amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i całkowita), kreatynina, glukoza, mocznik, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,
   c) badanie ogólne moczu.

**1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibu z binimetynibem**

1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia;
2) Ocena obecności mutacji BRAF V600;
3) Morfologia krwi z rozmazem;
4) Oznaczenia stężenia kreatyniny;
5) Oznaczenie stężenia bilirubiny;
6) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

| | | |
|---|---|---|
| 2) Brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry. Za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;<br>3) Rozpoczynanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;<br>4) Wiek ≥ 18 lat;<br>5) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;<br>6) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>7) Brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>8) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.3. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem**<br>1) Rozpoznanie czerniaka skóry w stopniu zaawansowania IIIA z przerzutami powyżej 1mm, IIIB, IIIC lub IIID – na podstawie klasyfikacji AJCC, 8. edycji z 2017 roku;<br>2) Wykonana całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego); czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni;<br>3) Potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;<br>4) Wiek ≥ 18 lat;<br>5) Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>6) Brak stosowania wcześniejszych terapii systemowych w leczeniu czerniaka; | kontynuować monoterapię dabrafenibem aż do zakończenia leczenia.<br><br>**5. Dawkowanie enkorafenibu z binimetynibem**<br>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych. | 7) Oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej;<br>8) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>9) Oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu);<br>10) elektrokardiogram (EKG);<br>11) Ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);<br>12) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>13) Badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu;<br>14) Badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;<br>15) Badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, z ewentualną dokumentacją fotograficzną zmian nowotworowych na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej;<br>16) Ocena przedmiotowa całej skóry;<br>17) Badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocenę węzłów chłonnych;<br>18) Badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku); |

| | | |
|---|---|---|
| 7) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>8) Brak innego aktywnego nowotworu złośliwego;<br>9) Brak współistniejących schorzeń uniemożliwiających leczenie;<br>10) Brak przeciwwskazań do stosowania dabrafenibu i trametynibu określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;<br>11) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.4. Kryteria kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**<br>1) Rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień III) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka skóry;<br>2) Potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;<br>3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;<br>4) Wiek ≥ 18 lat;<br>5) Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>6) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;<br>7) Wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms;<br>8) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych;<br>9) Brak przeciwwskazań do leczenia określonych w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych; | | 19) Badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie leczenia ipilimumabem, lub niwolumabem lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**<br>1) Diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze). Diagnostykę obrazową wykonuje się:<br>a) dla monoterapii ipilimumabem: po 12 tygodniach leczenia;<br>b) dla niwolumabu i pembrolizumabu: po 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;<br>c) dla terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;<br>2) Badania laboratoryjne: pełna morfologia krwi z rozmazem oraz liczbą płytek, parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia |

| | | |
|---|---|---|
| 10) Brak schorzeń towarzyszących lub zaburzeń, uniemożliwiających leczenie;<br>11) Wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii;<br>12) Wykluczenie współistniejącego innego aktywnego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry;<br>13) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>**2.1. Określenie czasu leczenia w monoterapii ipilimumabem**<br>Leczenie - w przypadku dobrej tolerancji i uzyskania obiektywnych korzyści - może trwać 10 tygodni (zastosowanie leku w tygodniach 1., 4., 7. i 10.). W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji lub cech progresji choroby według kryteriów immunologicznej odpowiedzi leczenie powinno być odroczone lub przerywane. Kryteria immunologicznej odpowiedzi:<br>1) irCR - całkowite ustąpienie wszystkich zmian (mierzalnych i niemierzalnych oraz brak nowych zmian) potwierdzone powtórną oceną wykonaną nie mniej niż 4 tygodnie od daty pierwszej dokumentacji;<br>2) irPR - zmniejszenie się zaawansowania nowotworu ≥ 50% względem stanu wyjściowego potwierdzone kolejną oceną wykonaną przynajmniej 4 tygodnie po pierwszej dokumentacji;<br>3) irSD - nieobecność kryteriów irCR lub irPR oraz nieobecność irPD;<br>4) irPD - zwiększenie zaawansowania guza o ≥ 25% względem minimalnego zarejestrowanego stopnia zaawansowania potwierdzone powtórną oceną wykonaną nie mniej niż 4 tygodnie od daty pierwszej dokumentacji.<br>Czasowe przerwanie (zawieszenie) leczenia może mieć miejsce w przypadku wystąpienia poważnych działań niepożądanych lub znaczącego pogorszenia stanu sprawności pacjenta.<br>W razie wystąpienia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń niepożądanych konieczne może być wstrzymanie dawki ipilimumabu: | | bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. Zaleca się, aby wszystkie próbki do badań laboratoryjnych były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku. Badania laboratoryjne wykonuje się:<br>a) dla monoterapii ipilimumabem i w trakcie leczenia skojarzonego ipilimumabem z niwolumabem: przed każdym podaniem leku;<br>b) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: co 6-12 tygodni;<br>3) Pomiar masy ciała;<br>4) Pełne badanie przedmiotowe;<br>5) Ocena sprawności w skali ECOG;<br>6) Ocena zdarzeń niepożądanych.<br>Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu, lub niwolumabu skojarzonego z ipilimumabem, lub pembrolizumabu.<br><br>**2.2. Monitorowanie terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu** |

| | | |
|---|---|---|
| 1) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 2 niezwiązane ze skórą (włącznie z irAE), z wyjątkiem nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych;<br>2) jakikolwiek nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego w stopniu ≥ 3;<br>3) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 3 dotyczące skóry, niezależnie od związku przyczynowego.<br>Należy wznowić leczenie ipilimumabem, jeżeli nasilenie zdarzeń niepożądanych zmniejszy się do stopnia ≤ 1 a następnie powrócić do dawkowania do chwili podania wszystkich 4 dawek lub do 16 tygodni po pierwszej dawce, cokolwiek nastąpi wcześniej.<br><br>**2.2. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby, częściowa lub całkowita odpowiedź wg. RECIST) pod następującymi warunkami:<br>1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach,<br>2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku,<br>3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii.<br>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.<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** | | **czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**<br>1) Ocena odpowiedzi według kryteriów RECIST przy pomocy badania tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 14-18 tygodni;<br>2) Badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-14 tygodni;<br>3) Badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, dokumentacja fotograficzna zmian na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej;<br>4) Ocena skóry w kierunku występowania raków płaskonabłonkowych według opisu w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych wykonywana przez specjalistę onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej (w przypadkach wątpliwych - konsultacja dermatologiczna);<br>5) Elektrokardiogram (EKG) oraz oznaczenie stężenia elektrolitów według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych po miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania;<br>6) Badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych nie rzadziej niż co 8-10 tygodni; |

| | | |
|---|---|---|
| Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.<br><br>**2.4. Określenie czasu leczenia skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.<br><br>**2.5. Określenie czasu trwania terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>**3.1. Kryteria wyłączenia z leczenia monoterapią ipilimumabem**<br>1) Jakiekolwiek zdarzenie niepożądane w stopniu ≥ 3 niezwiązane ze skórą, z wyjątkiem nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych;<br>2) Jakikolwiek nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego stopnia ≥ 4 z wyjątkiem AST, ALT lub bilirubiny całkowitej;<br>3) aktywność AST lub ALT >8 GGN;<br>4) stężenie bilirubiny całkowitej > 5 GGN;<br>5) dowolne inne zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 4;<br>6) jakikolwiek ból oka lub zmniejszenie ostrości widzenia stopnia ≥ 2, które nie reaguje na leczenie miejscowe i nie ulega poprawie do stopnia ≤ 1 w ciągu 2 | | 7) Pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek;<br>8) Ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych;<br>9) Badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań.<br><br>**3. Kontrola „follow-up" pacjentów, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone**<br>1) Kontrolę pacjenta przeprowadza się co 3-4 miesiące w okresie do 3 lat od zawieszenia leczenia wg. następującego schematu:<br>a) Ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych;<br>b) Badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych;<br>c) Dermatoskopia nowych zmian skórnych;<br>d) Kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4; |

| | | |
|---|---|---|
| tygodni od rozpoczęcia leczenia, bądź które wymaga leczenia ogólnoustrojowego;<br>7) 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 16 tygodni po jego zakończeniu;<br>8) Kobiety w ciąży lub karmiące piersią;<br>9) Kobiety z dodatnim wynikiem testu ciążowego przy włączeniu do badania lub przed podaniem ipilimumabu;<br>10) Chorzy przyjmujący jakiekolwiek inne ogólnoustrojowe leczenie przeciwnowotworowe (w tym - jakiekolwiek leczenie eksperymentalne);<br>11) Chorzy z autoimmunologicznymi chorobami - potwierdzoną chorobą zapalną jelit w wywiadzie (w tym - wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna), objawową chorobą układową w wywiadzie (np. reumatoidalne zapalenie stawów, postępująca twardzina uogólniona, toczeń rumieniowaty układowy, autoimmunologiczne zapalenie naczyń), zaburzenia neuropatyczne pochodzenia autoimmunologicznego (zespół Guillaina-Barrégo lub miastenia). Nie dotyczy przypadków występowania bielactwa nabytego;<br>12) Chorzy z potwierdzonym zakażeniem HIV, HBV lub HCV (niezależnie od skuteczności stosowanego leczenia przeciwwirusowego);<br>13) Chorzy z innym współistniejącym nowotworem złośliwym (wyjątek - odpowiednio leczony rak podstawnokomórkowy lub płaskonabłonkowy skóry, rak powierzchniowy pęcherza lub rak szyjki macicy in situ);<br>14) Chorzy przyjmujący jakiekolwiek nieonkologiczne szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym w okresie 4 tygodni przed i 4 tygodni po każdej dawce ipilimumabu (wyjątek - amantadyna i flumadyna);<br>15) Chorzy ze stanami zagrażającymi życiu, które wymagają podawania dużych dawek leków immunosupresyjnych oraz długotrwałego stosowania kortykosteroidów;<br>16) Chorzy na czerniaka gałki ocznej. | | e) Scyntygrafia kości w przypadku bólu kości lub wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy);<br>f) Zachęcanie pacjentów do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego;<br>2) Następnie kontrolę pacjenta przeprowadza się co 6-8 miesięcy w okresie kolejnych 3 lat zawieszenia terapii wg. schematu wskazanego w pkt. i-vii powyżej;<br>3) Następnie, po okresie 6 lat od zawieszenia terapii, kontrolę pacjenta przeprowadza się raz w roku, aż do końca życia, wg. następującego schematu:<br>a) Ocena miejscowa, regionalna w badaniu przedmiotowym;<br>b) Dermatoskopia nowych zmian;<br>c) Kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na |

| | | |
|---|---|---|
| **3.2. Kryteria wyłączenia z leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub z terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**<br>1) Progresja choroby;<br>2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>3) Wystąpienie epizodu ciężkiej toksyczność niezwiązanej z lekiem;<br>4) Brak możliwości zmniejszenia dawek kortykosterydów stosowanych z powodu leczenia działań niepożądanych do dawki ≤ 10 mg prednizonu na dobę lub dawki równoważnej w ciągu 12 tygodni;<br>5) Istotne pogorszenie jakości życia według oceny lekarza lub pacjenta;<br>6) Objawy toksyczności związane z leczeniem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub niwolumabu;<br>7) Wystąpienie toksyczności zagrażającej życiu (w stopniu 4) z wyjątkiem endokrynopatii kontrolowanych suplementacją hormonalną;<br>8) Wystąpienie toksyczności pochodzenia immunologicznego takich jak:<br>a) zapalenie płuc stopnia 3 lub 4 lub nawracające stopnia 2,<br>b) zapalenie jelita grubego stopnia 4,<br>c) zapalenie nerek stopnia 3 lub 4 ze stężeniami kreatyniny 3 razy powyżej GGN,<br>d) zapalenie wątroby stopnia 3 lub 4 związane ze:<br>i. wzrostem ALT lub AST 5 razy powyżej GGN lub stężenia bilirubiny całkowitej 3 razy powyżej GGN,<br>ii. u pacjentów z przerzutami do wątroby, którzy rozpoczynają leczenie z umiarkowanym wzrostem (stopień 2) AST lub ALT jeżeli AST lub ALT rośnie 50% powyżej w stosunku do wartości wyjściowych i trwa 1 tydzień lub dłużej;<br>9) Wystąpienie po raz drugi epizodu toksyczności stopnia 3 lub 4; | | żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

| | | |
|---|---|---|
| 10) Kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 4 miesiące po jego zakończeniu;<br>11) Kobiety w ciąży lub karmiące piersią.<br><br>**3.3. Kryteria wyłączenia z terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**<br>1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo wznowa choroby;<br>2) Toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);<br>3) Utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność 3 i wyższych stopni według kryteriów CTC z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;<br>4) Nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;<br>5) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;<br>6) Rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie;<br>7) Ciąża lub wystąpienie innych stanów, które w opinii lekarza uniemożliwiają kontynuowanie leczenia.<br><br>**3.4. Kryteria wyłączenia z terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**<br>1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby;<br>2) Utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;<br>3) Obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 4) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;<br>5) Nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;<br>6) Rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na leczenie.<br><br>**4. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii**<br>1) Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych ipilimumabem lub niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapią skojarzoną niwolumabu z ipilimumabem, lub terapią niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, lub terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną enkorafenibem z binimetynibem, w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2. | | |

Załącznik B.62.

# LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria włączenia do programu<br>1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej;<br>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;<br>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6);<br>4) wiek ≥ 18 lat.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)<br>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.</td>
<td>1. Substancja czynna: immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20)<br><br>2. Sposób podania: dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg)<br><br>3. Dawkowanie<br>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.<br><br>IVIg (podanie dożylne) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni.<br><br>SCIg (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) poziom glukozy w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych;<br>5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP);<br>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR;<br>7) poziom białka C-reaktywnego (CRP);<br>8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;</td>
</tr>
</table>

Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu.

**3. Określenie czasu leczenia w programie**

1) terapia substytucyjna Ig pacjentów zakwalifikowanych do programu jest prowadzona do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
2) możliwa jest, wynosząca do 6 miesięcy przerwa dotycząca substytucji Ig, niewymagająca ponownej kwalifikacji pacjenta do udziału w programie lekowym. Decyzje odnośnie długości przerwy podejmuje specjalista immunologii klinicznej, na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wybranych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w trakcie monitorowania leczenia;
3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.

**4. Kryteria wyłączenia**

1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej

lub

podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.

**SCIg+rHuPH20** (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami miedzy infuzjami produktu leczniczego.

Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg i fSCIg lub podczas wizyt kontrolnych - w przypadku SCIg i fSCIg).

Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:

1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG,
2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego,
3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do

10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);
11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;
12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.

W przypadku pacjentów nowo zakwalifikowanych do programu lekowego, lecz otrzymujących uprzednio terapię substytucyjną Ig, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego.

**2. Monitorowanie leczenia**

1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej;
2) liczebność subpopulacji limfocytów w żylnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;
3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;
4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;
5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;
6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;
7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;
8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;
9) masa ciała na każdej wizycie;

| | | |
|---|---|---|
| 2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej<br>lub<br>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,<br>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,<br>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;<br>11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych);<br>12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego;<br>13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.64.

# LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej −2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych;<br>2) wiek > 4 lat;<br>3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;<br>4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej −1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji);<br>5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;<br>6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości;<br>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);<br>8) brak przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | **1. Dawkowanie**<br>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**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;<br>4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny ($HbA_{1C}$);<br>5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;<br>6) pomiar stężeń triglicerydów;<br>7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;<br>8) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>9) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>11) badanie dna oka;<br>12) pomiar stężenia TSH;<br>13) pomiar stężenia $fT_4$;<br>14) pomiar stężenia $fT_3$;<br>15) RTG śródręcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego,<br>16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);<br>17) morfologia krwi z rozmazem;<br>18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia |

**2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

**2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu**:

1) objawy pseudo-tumor cerebri;
2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej;
3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci.

O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań.

**3. Kryteria wyłączenia**

1) złuszczenie głowy kości udowej;
2) pseudo-tumor cerebri;
3) cukrzyca;
4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy;
6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok;
7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca;
8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała;
9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe;
10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych;
11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci

konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;

19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;
20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu:
    a) test z insuliną,
    b) test z klonidyną,
    c) test z glukagonem,
    d) test z levodopą;
21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI);
22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o kariotyp lub badanie molekularne;
23) USG jamy brzusznej;
24) USG serca;
25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

**2. Monitorowanie leczenia**

**2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii**

1) pomiar stężenia IGF-1;
2) pomiar stężenia IGFBP3;
3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;
4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

**2.2 Co 180 dni**

1) pomiar glikemii na czczo;

| | | |
|---|---|---|
| stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu. | | 2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c;<br>3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni);<br>4) pomiar stężenia TSH;<br>5) pomiar stężenia $fT_4$;<br>6) pomiar stężenia $fT_3$;<br>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);<br>8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;<br>9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**2.3 Co 365 dni**<br>1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) pomiar stężenia triglicerydów;<br>4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu;<br>5) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>6) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi:<br>a) badanie dna oka,<br>b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera;<br>8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego;<br>9) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;<br>11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;<br>12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) USG lub RTG stawów biodrowych,<br>b) TK lub MRI stawów biodrowych,<br>c) konsultacja ortopedyczna;<br>13) w zależności od potrzeb:<br>a) USG jamy brzusznej,<br>b) USG klatki piersiowej,<br>c) konsultacja ortopedyczna,<br>d) konsultacja okulistyczna,<br>e) konsultacja neurologiczna,<br>f) konsultacja hemato-onkologa,<br>g) konsultacja genetyczna,<br>h) konsultacja psychologiczna,<br>i) TK,<br>j) MRI,<br>k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:**<br>1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna,<br>b) konsultacja neurologiczna,<br>c) jonogram surowicy krwi,<br>d) obrazowanie ośrodkowego układu |

| | | |
|---|---|---|
| | | nerwowego TK z kontrastem lub MRI;<br>2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1:<br>a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni;<br>3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) USG lub RTG stawów biodrowych,<br>b) TK lub MRI stawów biodrowych,<br>c) konsultacja ortopedyczna.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.65.

# LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10 C91.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **I. DAZATYNIB** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych**<br>**1.1.** Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których:<br>1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu<br>lub<br>2) uzyskano remisję całkowitą lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia obejmującego stosowanie dazatynibu i prowadzone jest leczenie podtrzymujące<br>lub<br>3) wystąpiła hematologiczna remisja całkowita i w badaniu molekularnym lub immunofenotypowym stwierdzono nawrót lub narastanie minimalnej choroby resztkowej, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu<br>lub<br>4) wykonano przeszczepienie komórek krwiotwórczych i przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej | **1. Dawkowanie**<br>Dazatynib należy podawać w dawce 140 mg na dobę doustnie, do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość modyfikowania dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego. | **1. Badania**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) AspAT, AlAT,;<br>3) bilirubina;<br>4) badanie cytologiczne szpiku;<br>5) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.<br>**1.2. Monitorowanie leczenia**<br>Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie:<br>1) morfologia krwi;<br>2) AspAT, AlAT,;<br>3) bilirubina;<br>Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni:<br>1) badanie cytologiczne szpiku; |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>5) wystąpiła wznowa hematologiczna choroby, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu<br>lub<br>6) wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie<br>lub<br>7) stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).<br>Do programu włączani są również pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+), którzy uprzednio byli leczeni dazatynibem w ramach chemioterapii niestandardowej oraz nowo zdiagnozowani pacjenci, którzy rozpoczęli terapię w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 marca 2015 r. i rozpoczynając leczenie spełniali kryteria kwalifikacji do programu.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) u chorych niepoddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu progresji choroby;<br>2) u chorych poddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu uzyskania całkowitej odpowiedzi molekularnej, a następnie rozważyć kontynuowanie leczenia przez kolejne dwa lata lub do czasu progresji choroby.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nietolerancji dazatynibu;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia dazatynibem. | | 2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. |

| II. PONATYNIB | | |
|---|---|---|
| **2. Leczenie ponatynibem chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z chromosomem Philadelphia (Ph+) (ICD - 10 91.0)**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia ponatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych**<br>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których:<br>1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub remisji cytogenetycznej po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzono utrzymywanie się dodatniej minimalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania dazatynibu<br>lub<br>2) wystąpiła wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania dazatynibu<br>lub<br>3) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono nietolerancję dazatynibu uniemożliwiającą jego dalsze stosowanie<br>lub<br>4) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono wystąpienie mutacji T315I genu BCR-ABL<br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ponatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br>**2.2. Określenie czasu leczenia w programie** | **2. Dawkowanie**<br>Ponatynib należy stosować w dawce 45 mg na dobę doustnie. Do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość redukcji dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego**.** | **2. Badania**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem,<br>2) AspAT, AlAT,<br>3) bilirubina,<br>4) lipaza,<br>5) lipidogram (cholesterol całkowity, trójglicerydy, HDL, LDL)<br>6) badanie cytologiczne szpiku,<br>7) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne;<br>**2.2. Monitorowanie leczenia**<br>Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie:<br>1) morfologia krwi,<br>2) AspAT, AlAT,<br>3) bilirubina,<br>4) lipaza,<br>5) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i –LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem<br>Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni:<br>1) badanie cytologiczne szpiku, |

| | | |
|---|---|---|
| 1) u wszystkich chorych leczonych ponatynibem należy dążyć do wykonania możliwie szybko transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego; leczenie ponatynibem należy zakończyć przed transplantacją,<br>2) w przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby.<br><br>**2.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) u chorych włączonych z powodu oporności na dazatynib lub nawrotu hematologicznego – brak całkowitej remisji po 3 miesiącach leczenia ponatynibem,<br>2) wystąpienie objawów nietolerancji ponatynibu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego,<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia ponatynibem. | | 2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. |
| **III. BLINATUMOMAB – MINIMALNA CHOROBA RESZTKOWA (MRD)** | | |
| **3. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem pacjentów z chorobą resztkową w ostrej białaczce limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia**<br>**3.1.** Do leczenia kwalifikowani są dorośli chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, w pierwszej lub drugiej całkowitej remisji ze stwierdzoną minimalną chorobą resztkową większą lub równą 0,1%, w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej $10^{-4}$<br>Kryteria kwalifikacji, które muszą być spełnione łącznie:<br>1) ukończony 18 rok życia; | **3. Dawkowanie**<br>Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. | **3. Badania**<br>**3.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej $10^{-4}$;<br>2) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) obecność limfoblastów z ekspresją CD19 przy rozpoznaniu;<br>3) brak uprzedniej transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych;<br>4) zastosowane co najmniej 3 schematy 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);<br>5) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność < 5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1000/mikrolitr, płytki krwi ≥ 50 000/mikrolitr i stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl);<br>6) obecność minimalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD ≥ $10^{-3}$).<br>Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do program i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy.<br><br>**3.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>U chorych stosuje się jeden cykl leczenia<br>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>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.<br><br>**3.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w | | **3.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem**<br>Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych.<br>Po cyklu leczenia:<br>1) Morfologia krwi;<br>2) Ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej $10^{-4}$. |

| | | |
|---|---|---|
| Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni | | |
| **IV. BLINATUMOMAB** | | |
| **4. Leczenie blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Filadelfia u dorosłych**<br>**4.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia**<br>Do leczenia kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:<br>1) Brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję<br>Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:<br>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%,<br>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,<br>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.<br>2) Wznowa hematologiczna choroby definiowana jest jako wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:<br>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%,<br>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,<br>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby,<br>po okresie remisji tj. stanu, w którym żaden z powyższych warunków nie był spełniony,<br>3) Zakwalifikowanie wcześniej do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie | **4. Dawkowanie**<br>Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. | **4. Badania**<br>**4.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej<br>2) Potwierdzenie obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi,<br>3) Potwierdzenie pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi,<br>4) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN.<br>**4.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem**<br>Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych.<br>Po pierwszym i drugim cyklu leczenia: |

| | | |
|---|---|---|
| objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.<br><br>Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu blinatumomabem.<br><br>**4.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia<br>2) 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). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję hematologiczną.<br><br>Całkowita remisja hematologiczna jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków:<br><br>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%,<br><br>b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,<br><br>c) brak pozaszpikowych ognisk choroby.<br><br>(UWAGA: przy definiowaniu całkowitej remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych).<br><br>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | | 1) Morfologia krwi,<br>2) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej,<br>3) Ocena obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi,<br>4) Ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi. |

| | | |
|---|---|---|
| **4.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni;<br>2) Brak remisji hematologicznej po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem.<br>Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:<br>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%,<br>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,<br>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.<br>3) Karmienie piersią. | | |
| **V. INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY** | | |
| **5. Kryteria kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B z lub bez chromosomu Filadelfia (Ph) u dorosłych**<br>**5.1.** Do leczenia kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B, z ekspresją antygenu CD22 >1%, w stanie sprawności 0-2 wg ECOG:<br>1) bez chromosomu Filadelfia (Ph-), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:<br>a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję,<br>b) wznowa hematologiczna choroby;<br>2) z chromosomem Filadelfia (Ph+), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: | **5. Dawkowanie**<br>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. | **5. Badania**<br>**5.1.** Badania przy kwalifikacji<br>1) Morfologia krwi z rozmazem;<br>2) AspAT, AlAT;<br>3) Bilirubina;<br>4) Kreatynina;<br>5) APTT, PT, fibrynogen;<br>6) Badanie cytologiczne szpiku kostnego;<br>7) Badanie immunofenotypowe szpiku lub krwi metodą cytometrii przepływowej w tym ocena ekspresji CD22;<br>8) Badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe |

| | | |
|---|---|---|
| a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji,<br>b) wznowa hematologiczna choroby po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji.<br><br>**5.2.** Określenie czasu leczenia w programie<br>1) U chorych, u których planowane jest leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia.<br>2) U chorych, u których nie jest planowane leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia.<br><br>**5.3.** Kryteria wyłączenia z programu<br>1) Wystąpienie objawów nietolerancji inotuzumabu ozogamycyny<br>2) Karmienie piersią<br>3) Progresja w trakcie leczenia inotuzumabem ozogamycyny<br>4) Brak remisji całkowitej (CR) lub remisji całkowitej z niepełną regeneracją hematopoezy (CRi) po 3 cyklach leczenia | | materiału tkankowego innego niż szpik lub krew, jeżeli stwierdza się pozaszpikowe nacieki białaczkowe, a nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych w krwi.<br><br>**5.2.** Monitorowanie leczenia inotuzumabem ozogamycyny<br>**A.** W czasie pierwszego cyklu leczenia co najmniej raz w tygodniu:<br>1) Morfologia krwi<br>2) AspAT, AlAT<br>3) Bilirubina<br>**B.** Przed rozpoczęciem drugiego i kolejnych cykli leczenia, a następnie co najmniej raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli leczenia:<br>1) Morfologia krwi<br>2) AspAT, AlAT<br>3) Bilirubina<br>**C.** Po każdym cyklu leczenia:<br>1) Badanie cytologiczne szpiku kostnego<br>2) Badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych. |

## VI. BLINATUMOMAB (DZIECI)

**6. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia u dzieci**

**6.1.** Do leczenia kwalifikowane są dzieci (≥ 1 r.ż.) z ostrą białaczką limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:

1) brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:
   a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%,
   b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby;
2) Wystąpienie wznowy hematologicznej choroby po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia
3) Wystąpienie wznowy hematologicznej po wcześniejszej allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych
4) Wcześniejsza kwalifikacja do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

Do programu kwalifikowane są również niemowlęta i dzieci do 1. roku życia z wrodzoną ostrą białaczką limfoblastyczną, w przypadku wznowy lub braku molekularnej remisji choroby.

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do program i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania allogenicznej transplantacji

**6. Dawkowanie**

Masa ciała pacjenta większa lub równa 45 kg (stała dawka):

1 cykl:

dni 1-7: 9 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji,

dni 8-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji,

dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu

2 cykl:

dni 1-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji

Masa ciała pacjenta poniżej 45 kg (dawka oparta na pc.):

1 cykl:

dni 1-7: 5 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 9 mikrogramów/ dobę),

dni 8-28: 15 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę),

dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu

2 cykl:

dni 1-28: 15 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę)

W przypadku pacjentów poniżej 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w ChPL w leczeniu dzieci i młodzieży od 1. roku życia aktualną na dzień

**6. Badania:**

**6.1. Badania przy kwalifikacji**

1) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej. W przypadku dzieci poniżej 1. roku życia ocena minimalnej choroby w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej $10^{-4}$;
2) Potwierdzenie obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;
3) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu.

**6.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem**

Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych.

Po pierwszym i drugim cyklu leczenia:

| | | |
|---|---|---|
| komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu blinatumomabem.<br><br>**6.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia;<br>2) 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). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję.<br>Całkowita remisja jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków:<br>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%,<br>b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,<br>c) brak pozaszpikowych ognisk choroby.<br>(UWAGA: przy definiowaniu remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych)<br>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**6.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni;<br>2) Brak remisji po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem, definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: | wydania decyzji. | 1) Morfologia krwi;<br>2) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;<br>3) Ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli były stwierdzone przy rozpoznaniu wznowy. |

| | | |
|---|---|---|
| a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%,<br>b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby. | | |
| | | **7. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.66.

# LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNE CHŁONIAKI SKÓRNE T – KOMÓRKOWE (ICD – 10: C 84)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **Część I. BEKSAROTEN W LECZENIU CHORYCH NA ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPÓŁ SÉZARY'EGO (ICD-10: C 84.0, C 84.1)** | | |
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria włączenia do programu**<br>1) Do leczenia beksarotenem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:<br>a) wiek ≥ 18 lat,<br>b) prawidłowa funkcja wątroby, nerek i szpiku kostnego,<br>c) potwierdzona diagnoza zespołu Sézary'ego (w oparciu o wynik cytometrii) lub ziarniniaka grzybiastego (w oparciu o wynik badania histopatologicznego skóry),<br>d) stadium zaawansowania choroby określone jako I B lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC)<br>oraz jedno z poniższych kryteriów:<br>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<br>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) w pierwszej linii, lub<br>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym. | **Dawkowanie**<br>1) Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.<br>2) W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki 150 mg/m$^2$p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m$^2$p.c./dobę. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie kreatyniny;<br>3) stężenie glukozy we krwi;<br>4) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej<br>5) stężenie TSH oraz fT4;<br>6) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL);<br>7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją)<br>8) EKG z opisem;<br>9) określenie TNMB i mSWAT;<br>10) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Badania przeprowadzane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii oraz 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku):<br>a) morfologia krwi, |

| | | |
|---|---|---|
| 2) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń (stosowanie skutecznych niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) przez okres leczenia i do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze;<br>2) wystąpienie objawów toksyczności 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;<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;<br>4) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do kontynuacji leczenia;<br>5) ciąża, okres karmienia piersią.<br><br>**4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu. | | b) stężenie kreatyniny,<br>c) stężenie glukozy we krwi,<br>d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej<br>e) stężenie TSH oraz fT4,<br>f) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL),<br>g) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych.<br>2) Raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT.<br><br>**Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,<br>z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | | |
| **Część II. BRENTUKSYMAB VEDOTIN W LECZENIU CHORYCH NA SKÓRNEGO CHŁONIAKA T-KOMÓRKOWEGO (ICD-10: C 84)** | | |
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria włączenia do programu**<br>Do leczenia brentuksymabem vedotin w ramach programu lekowego kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:<br>a) wiek ≥ 18 lat,<br>b) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG,<br>c) pacjenci z potwierdzonym histopatologicznie skórnym chłoniakiem T-komórkowym (ziarniniak grzybiasty - MF lub pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek - pcALCL),<br>d) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w MF lub jednej biopsji zmian w pcALCL<br>e) stadium zaawansowania choroby określone jako IB lub powyżej w przypadku MF, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC),<br>oraz jedno z poniższych kryteriów:<br>a) progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub<br>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA lub | **Dawkowanie**<br>Dawkowanie brentuksymabu vedotin w terapii skórnego chłoniaka T-komórkowego - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. | **1. Badania przy kwalifikacji do terapii brentuksymabem**<br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne)<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej;<br>4) stężenie kreatyniny;<br>5) określenie TNMB i mSWAT<br>6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej<br>7) udokumentowanie obecności antygenu CD30+ w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym;<br>8) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:<br>a) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne)<br>b) morfologia krwi z rozmazem;<br>c) stężenie kreatyniny;<br>d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT), stężenie bilirubiny całkowitej<br>2) raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT; |

| | | |
|---|---|---|
| c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA<br><br>U chorych na MF w stadium zaawansowania IIB lub wyższym z progresją lub nawrotem choroby można zastosować brentuksymab vedotin niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Chorzy mogą otrzymać maksymalnie 16 cykli leczenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu;<br>2) toksyczność wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;<br>4) podanie 16 cykli leczenia;<br>5) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia;<br>6) ciąża, okres karmienia piersią. | | 3) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,<br>z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.67.

# LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>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.<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci z następującymi rozpoznaniami:<br><br>**1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)**<br>1) potwierdzona**:**<br>a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów,<br>b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.<br><br>**1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)**<br>1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów;<br>2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej**.**<br><br>**1.3. Miastenia (MG)**<br>przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:<br>1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c;<br>2) retencja $CO_2$ (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg); | **1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylnej:**<br>**1.1.** Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni.<br>**1.2.** Kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni.<br>W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie.<br><br>**2. Dawkowanie immunoglobuliny podskórnej, posiadającej zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:**<br>Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylnej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) AlAT;<br>3) AspAT;<br>4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał;<br>5) proteinogram;<br>6) EMG;<br>7) rezonans magnetyczny;<br>8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;<br>10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);<br>11) wzrokowe potencjały wywołane;<br>12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;<br>13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;<br>14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych.<br>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego. |

| | | |
|---|---|---|
| 3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem $SpO_2$ poniżej 93%;<br>4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy;<br>5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania;<br>6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym;<br>7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży.<br><br>**1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa**<br>udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych:<br>1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych;<br>2) badanie neurofizjologiczne;<br>3) rezonans magnetyczny;<br>4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.<br><br>**1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe**<br>w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.<br><br>**1.6. Zespół Guillain-Barre**<br>w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:<br>1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania;<br>2) narastający niedowład mięśni twarzy;<br>3) dyzartia;<br>4) dysfagia;<br>5) zaburzenia oddechowe. | tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylnej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona.<br>Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki.<br>W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg mc. na tydzień.<br><br>Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy.<br>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:<br>a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku,<br>b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna,<br>c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy | **2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylnej:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;<br>3) oznaczenie aktywności AlAT,<br>4) oznaczenie aktywności AspAT;<br>5) proteinogram;<br>6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.<br><br>**2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylnej:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;<br>3) oznaczenie aktywności AlAT,<br>4) oznaczenie aktywności AspAT;<br>oraz<br>5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.<br><br>**2.3.** W przypadku **leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną** każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego.<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;<br>3) oznaczenie aktywności AlAT,<br>4) oznaczenie aktywności AspAT; |

| | | |
|---|---|---|
| **1.7. Choroba Devica (NMO)**<br>1) potwierdzona wykonaniem:<br>a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,<br>b) badania potencjałów wzrokowych,<br>c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),<br>d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.<br><br>**1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym**<br>1) potwierdzone wykonaniem:<br>a) rezonansu magnetycznego mózgu,<br>b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,<br>c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;<br>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia:**<br>1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu<br>lub<br>2) nieskuteczność leczenia definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia.<br>W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii. | podjąć w przypadku ich wystąpienia,<br>d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta,<br>e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy. | oraz<br>5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.69.

# LECZENIE PARYKALCYTOLEM WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH (ICD-10 N25.8)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) wiek od 18 roku życia;<br>2) wtórna nadczynność przytarczyc;<br>3) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek;<br>4) przeciwwskazania do zastosowania lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii);<br>5) stężenie iPTH > 500pg/ml.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);<br>2) przeszczepienie nerki;<br>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;<br>4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia. | **Dawkowanie parykalcytolu:**<br>Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. | **1. Monitorowanie leczenia parykalcytolem:**<br>1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;<br>2) stężenie w surowicy Ca x P;<br>3) stężenie wapnia w surowicy;<br>4) stężenie fosforu w surowicy.<br><br>**2. Monitorowanie programu:**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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;<br>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

Załącznik B.70.

# LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD) (ICD-10 H35.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem**<br>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;<br>2) wiek powyżej 45. roku życia;<br>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); | **1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem**<br>**1.1. Dawkowanie afliberceptu**<br>1) zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;<br>2) leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 2 miesiące;<br>3) po pierwszych 12 miesiącach leczenia afliberceptem odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć lub skrócić– kolejne dawki podaje się w przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych lub anatomicznych;<br>4) po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni); | **1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;<br>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);<br>3) fotografia dna oka;<br>4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem. |

4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);

5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;

6) brak dominującego zaniku geograficznego;

7) brak dominującego wylewu krwi;

8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych

5) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

**2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem**

**2.1. Dawkowanie ranibizumabu**

1) zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;

2) leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia;

**1.2. Monitorowanie leczenia**

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem afliberceptu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni) po pierwszych 12 miesiącach leczenia:

a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,

b) OCT (optyczna koherentna tomografia),

c) opcjonalnie - fotografia dna oka,

d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

**2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem**

**2.1. Badania przy kwalifikacji**

1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;

2) OCT (optyczna koherentna tomografia);

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

przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

**1.3. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**1.4. Kryteria wyłączenia**

1) nadwrażliwość na aflibercept lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
4) okres ciąży lub karmienia piersią;
5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;
7) progresja choroby definiowana jako:
   a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według

3) następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;
4) odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;
5) w przypadku, gdy odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
6) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:
   a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego

   lub

   b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

**3. Wstrzymanie podawania leku**

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem.

**2.2. Monitorowanie leczenia**

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem ranibizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż raz na 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni), jeżeli odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące:
   a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
   b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
   c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
   d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa).

**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 rejestrze Leczenia wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) (SMPT - AMD), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez

| | | |
|---|---|---|
| tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące<br>lub<br>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);<br>8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji afliberceptu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;<br>9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).<br><br>**2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem**<br>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.<br><br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji | 1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);<br>2) rozerwanie siatkówki;<br>3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi ≥ 50% całkowitej powierzchni zmiany;<br>4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);<br>5) brak aktywności choroby, tj. gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub wysięków, nawet jeżeli stale istnieją torbiele śródsiatkówkowe lub kanaliki oznaczające zmiany przewlekłe (podawanie leku można odroczyć w przypadku afliberceptu – od drugiego roku leczenia, a w przypadku ranibizumabu – od pierwszego roku leczenia).<br>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**4. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem**<br>W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku: | OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;<br>2) wiek powyżej 45. roku życia;<br>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);<br>4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);<br>5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;<br>6) brak dominującego zaniku geograficznego;<br>7) brak dominującego wylewu krwi.<br>8) brak 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).<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**<br>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia, oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie | a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych,<br>b) łącznie – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.<br>Za brak skuteczności terapii należy uznać:<br>1) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu;<br>lub<br>2) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.<br>Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący. | |

| | | |
|---|---|---|
| wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:<br>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego<br>lub<br>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<br>- 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.<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**2.4. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na ranibizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;<br>3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;<br>4) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;<br>7) progresja choroby definiowana jako:<br>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<br>lub<br>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);<br>8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji ranibizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;<br>9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne). | | |

Załącznik B.71.

# LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B 18.2)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek ≥ 18 r. ż.;<br>2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;<br>3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej;<br>4) obecność przeciwciał anty-HCV;<br>5) stwierdzenie włóknienia wątroby określonego z wykorzystaniem elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub określonego z wykorzystaniem 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;<br>6) potwierdzona obecność zakażenia genotypem:<br>a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem (i ewentualnie rybawiryną), albo<br>b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem (i ewentualnie rybawiryną), albo<br>c) 1,2,3,4,5,6 HCV- w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem (i ewentualnie rybawiryną) lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem; | **1. Sofosbuwir + ledipaswir i sofosbuwir + welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych.<br>**Rybawirynę** niezbędną do terapii skojarzonej z sofosbuwirem i ledipaswirem lub sofosbuwirem i welpataswirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego sofosbuwir + ledipaswir lub sofosbuwir + welpataswir.<br>**2. Grazoprewir + elbaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>**Rybawirynę** niezbędną do terapii skojarzonej z grazoprewirem i elbaswirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego grazoprewir+elbaswir. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;<br>2) morfologia krwi;<br>3) oznaczenie aktywności AlAT;<br>4) oznaczenie stężenia albumin;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) czas lub wskaźnik protrombinowy;<br>7) oznaczenie poziomu kreatyniny;<br>8) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;<br>9) oznaczenie antygenu HBs;<br>10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy);<br>11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej);<br>12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) w 1 dniu, przed podaniem leków:<br>a) morfologia krwi; |

| | | |
|---|---|---|
| 7) W przypadku niemożności oznaczenia genotypu z powodu niskiej wiremii należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir).<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anty-HCV;<br>3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z ledipaswirem lub welpataswirem oraz ewentualnie z rybawiryną;<br>4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczową sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy);<br>5) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;<br>6) ciąża lub karmienie piersią;<br>7) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach:<br>a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem oraz rybawiryny (o ile dotyczy), albo<br>b) grazoprewiru z elbaswirem oraz rybawiryny (o ile dotyczy), albo<br>c) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy).<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 w trakcie leczenia;<br>2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:<br>– w opinii lekarza prowadzącego terapię lub<br>– zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych. | **3. Glekaprewir + pibrentaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. | b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>3) w 4 tygodniu:<br>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;<br>4) na zakończenie leczenia:<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową;<br>5) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20, 24, 28 lub 36 tygodniu terapii):<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową;<br>b) USG jamy brzusznej.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.73.

# LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>
1. Kryteria kwalifikacji:<br>
1) wiek: 18 i więcej lat;<br>
2) nietrzymanie moczu z parć naglących;<br>
3) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych. W takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej;<br>
4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;<br>
5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak:<br>
a) pogorszenie się czynności nerek<br>lub<br>
b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących,<br>lub<br>
c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych,<br>lub<br>
d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych,<br>lub
</td>
<td>
1. Dawkowanie:<br><br>
Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.<br><br>
W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.<br><br>
W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.
</td>
<td>
1. Badania przy kwalifikacji:<br>
1) badanie fizykalne:<br>
a) badanie brzucha,<br>
b) badanie przez pochwę lub per rectum,<br>
c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedsionka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych);<br>
2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;<br>
3) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>
4) oznaczenie stężenia mocznika;<br>
5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów);<br>
6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);<br>
7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej.<br>
2. Monitorowanie leczenia:<br>
1) celem wizyt kontrolnych jest:<br>
a) ocena skuteczności,
</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych,<br>lub<br>nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc):<br>a) zaburzenia rytmu serca,<br>b) zaburzenia pamięci,<br>c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania,<br>d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku;<br>6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby;<br>7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu;<br>8) negatywny wywiad w kierunku:<br>a) neuropatii obwodowych,<br>b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona);<br>9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, w wyniku braku skuteczności leczenia lub zgodnie z pozostałymi kryteriami wyłączenia; | | b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania,<br>c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych,<br>d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych;<br>2) wizyty kontrolne według następującego schematu:<br>a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania),<br>b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) w sytuacji niepowodzenia terapii (pierwszego podania), podanie toksyny botulinowej można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach toksyny botulinowej, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego;<br>3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy.<br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o ≥ 50 % w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od podania toksyny botulinowej);<br>2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji;<br>3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania;<br>4) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu. | | |

Załącznik B.74.

# LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS,<br>2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów:<br>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**<br>1) Badania nieinwazyjne:<br>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,<br>b) test 6-minutowego marszu,<br>c) oznaczenie NT-pro-BNP,<br>d) badanie echokardiograficzne.<br>2) Badania inwazyjne:<br>– badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej.<br>3) Badania obrazowe:<br>a) arteriografia tętnic płucnych<br>oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:,<br>a) MRI,<br>b) Angio CT;<br>c) scyntygrafia płuc.<br>W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwskazań |

| | | |
|---|---|---|
| swoistej w nadciśnieniu płucnym)<br>lub<br>b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym.<br>Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włącznie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH.<br>3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm$^{-5}$ (lub 3 jednostki Wooda),<br>4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO,<br>5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu**<br>Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil),<br>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<br>a) MRI,<br>b) Angio CT;<br>c) scyntygrafia płuc.<br>W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni.<br>W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki.<br>Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym.<br>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).<br>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,<br>4) ciąża,<br>5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiejkolwiek postaci,<br>6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia,<br>7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,<br>8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,<br>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.<br><br>1) Badania nieinwazyjne:<br>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,<br>b) test 6-minutowego marszu,<br>c) oznaczenie NT-pro-BNP.<br>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.<br><br>2) Badania inwazyjne:<br>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:<br>– na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne,<br>– dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych, |

| | | |
|---|---|---|
| | | eskalacji farmakoterapii lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia,<br>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,<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.75.

# LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWEGO ZAPALENIA NACZYŃ (MPA) (ICD-10 M31.3, M 31.8)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) wiek 18 lat i więcej;<br>2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA);<br>3) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia;<br>4) wysoka aktywność choroby (2.1.);<br>5) nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.).<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia ziarniniakowatości | Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>W trakcie i po zakończeniu podawania rytuksymabu zalecane jest stosowanie standardowego leczenia podtrzymującego remisję.<br><br>Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 12 miesięcy od zakończenia leczenia rytuksymabem.<br><br>Kobiety nie powinny karmić piersią w trakcie leczenia rytuksymabem oraz 12 miesięcy po jego zakończeniu. | **1. Badania przy kwalifikacji do programu:**<br>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) OB;<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>8) białko C-reaktywne (CRP);<br>9) kreatynina;<br>10) eGFR;<br>11) przeciwciała anty-HCV;<br>12) przeciwciała anty-HBc;<br>13) obecność antygenu HBs;<br>14) przeciwciała anty-HIV;<br>15) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);<br>16) stężenie immunoglobulin:<br>a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>17) EKG; |

| | | |
|---|---|---|
| z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA).<br><br>**2. Definicje:**<br>**2.1. Wysoka aktywność choroby to:**<br>1) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy<br>lub<br>2) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce większej jak 10 mg na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych.<br><br>**2.2. Nieskuteczność terapii standardowej to:**<br>1) brak poprawy definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby w skali BVAS/WG o co najmniej 50% po 3 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego<br>albo<br>2) utrzymywanie się aktywnej choroby definiowanej jako obecność co najmniej 1 dużego lub 3 małych objawów aktywnej choroby w skali BVAS/WG po 6 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego,<br>albo<br>3) wczesny nawrót choroby definiowany jako nawrót dotychczasowych objawów lub wystąpienie nowych potwierdzony wzrostem aktywności choroby w skali BVAS/WG $\geq$ 3 w trakcie pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję,<br>albo | | 18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją);<br>19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem.**<br>**2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem wykonując następujące badania:**<br>1) badanie ogólne moczu;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>5) eGFR;<br>6) kreatynina.<br><br>**2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem należy wykonać następujące badania:**<br>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>3) OB;<br>4) białko C-reaktywne (CRP);<br>5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);<br>6) stężenie immunoglobulin:<br>a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>7) EKG;<br>8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza).<br><br>**3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem:** |

| | | |
|---|---|---|
| 4) częste nawroty choroby definiowane jako przynajmniej jedno zaostrzenie w czasie ostatnich 12 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego, którego nie daje się opanować zwiększeniem dawek leków stosowanych w terapii podtrzymującej do rekomendowanych.<br><br>**2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:**<br>1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy<br>lub<br>2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m$^2$ powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy,<br>lub<br>3) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach 15 mg/kg masy ciała (max. 1,2 g; 3 pulsy co 2 tygodnie, następnie 3-6 pulsów co 3 tygodnie)<br>- w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów.<br><br>Dawki cyklofosfamidu mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku:<br>a) upośledzenia funkcji nerek<br>lub<br>b) wieku > 60 lat,<br>lub<br>c) polekowej cytopenii.<br><br>**2.4. Standardowe leczenie podtrzymujące remisję to:**<br>1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę<br>lub<br>2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień,<br>lub<br>3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę,<br>lub<br>4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę | | 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) OB;<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>8) białko C-reaktywne (CRP);<br>9) kreatynina;<br>10) eGFR;<br>11) przeciwciała anty-HCV;<br>12) obecność antygenu HBs;<br>13) stężenie immunoglobulin:<br>a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>14) EKG;<br>15) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku).<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| - jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon ≤7,5 mg/dobę).<br><br>**2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:**<br>1) nadwrażliwość na cyklofosfamid;<br>2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu;<br>3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych;<br>4) czynne zakażenia;<br>5) ciąża.<br><br>**2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:**<br>uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i niewymagających innej modyfikacji leczenia, stwierdzone podczas wizyty monitorującej skuteczność rytuksymabu po 6 miesiącu terapii.<br><br>**3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów**<br>Do programu włączani są pacjenci, którzy byli uprzednio leczeni rytuksymabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP), pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu przed zastosowaniem leku, wykazano w tym czasie skuteczność podawanego leku zgodnie z kryteriami programu i włączenie do programu będzie umożliwiać zachowanie ciągłości leczenia.<br><br>W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2) nadwrażliwość na substancję czynną rytuksymab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) ciąża;<br>4) okres karmienia piersią;<br>5) aktywne zakażenie bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze o ciężkim przebiegu;<br>6) infekcja wirusem HIV;<br>7) aktywna gruźlica;<br>8) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C;<br>9) zakażenia oportunistyczne w okresie ostatnich 3 miesięcy;<br>10) znaczne obniżenie odporności, m.in.<br>a) hipogammaglobulinemia (IgG <400 mg/dl),<br>lub<br>b) niedobór IgA (IgA <10 mg/dl);<br>11) choroba nowotworowa (obecnie lub w okresie ostatnich 5 lat):<br>a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi<br>lub<br>b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;<br>12) ciężka niewydolność serca (klasa IV NYHA) lub ciężka, niekontrolowana choroba serca;<br>13) zaawansowana niewydolność płuc, nerek lub wątroby - niewynikająca z przebiegu GPA/MPA.<br><br>**5. Kryteria zakończenia leczenia w programie:**<br>uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu.<br><br>**6. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie:**<br>Pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie, a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali | | |

| | | |
|---|---|---|
| BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), jest włączany do programu bez wstępnej kwalifikacji. | | |

Załącznik B.76.

# LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br><br>1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu;<br>3) brak skuteczności leczenia;<br>4) przeszczepienie wątroby; | **1. Dawkowanie nityzynonu**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu;<br>2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;<br>3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny<br>4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;<br>5) morfologia krwi, z płytkami krwi;<br>6) AlAT, AspAT;<br>7) bilirubina całkowita i frakcje;<br>8) fosfataza alkaliczna;<br>9) GGTP;<br>10) INR;<br>11) czas protrombinowy;<br>12) APPT;<br>13) białko całkowite, albuminy we krwi;<br>14) gazometria;<br>15) sód, potas, chlorki we krwi;<br>16) wapń, fosfor we krwi i moczu;<br>17) mocznik, kreatynina we krwi;<br>18) kwas moczowy we krwi i moczu;<br>19) kreatynina w moczu;<br>20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;<br>21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; |

| | | |
|---|---|---|
| 5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 22) konsultacja dietetyczna.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozynemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania:<br>1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;<br>2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny;<br>3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;<br>4) morfologia krwi, z płytkami krwi;<br>5) AlAT, AspAT;<br>6) bilirubina całkowita i frakcje;<br>7) fosfataza alkaliczna;<br>8) GGTP;<br>9) INR;<br>10) czas protrombinowy;<br>11) APPT;<br>12) białko całkowite, albuminy we krwi;<br>13) gazometria;<br>14) sód, potas, chlorki we krwi;<br>15) wapń, fosfor we krwi i moczu;<br>16) mocznik, kreatynina we krwi;<br>17) kwas moczowy we krwi i moczu;<br>18) kreatynina w moczu;<br>19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;<br>20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;<br>21) konsultacja dietetyczna. |

| | | |
|---|---|---|
| | | W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.77.

# LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI CD30+ (C 81; C 84.5)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie pacjentów z chłoniakiem Hodgkina CD30+ (HL) lub układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek CD30+ (sALCL) przy wykorzystaniu substancji czynnej brentuksymab vedotin**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1.1.1. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie chłoniakiem Hodgkina spełniający kryterium 1) albo 2) :<br>1) **nawrotowy lub oporny na leczenie HL:**<br>a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ang. *autologous stem cell transplantation*, ASCT)<br>lub<br>b) po co najmniej dwóch wcześniejszych terapiach, w przypadku, gdy ASCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia<br>albo<br>2) **chory po ASCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby** definiowanym jako występowanie co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka:<br>– oporność na pierwszą linię leczenia<br>– nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia<br>– zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed ASCT<br>(pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30 a 45 dniem po ASCT) | Zalecana dawka u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.<br>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.<br>Zalecana dawka 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.<br>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.<br>Modyfikacja dawki zgodnie z zapisami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia brentuksymabem:**<br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);<br>4) stężenie kreatyniny;<br>5) stężenie glukozy;<br>6) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym;<br>7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej.<br>**2. Badania wykonywane przed każdym podaniem leku**<br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) stężenie kreatyniny;<br>4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);<br>5) stężenie glukozy.<br>**3. Badanie obrazowe wykonywane po drugim i ósmym cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami** |

| | | |
|---|---|---|
| oraz<br>3) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>4) nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej (dla pkt 1.1.1.1. a i b)<br><br>1.1.2. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie **układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek (sALCL)** spełniający poniższe kryteria łącznie:<br>1) nawrotowy lub oporny na leczenie sALCL;<br>2) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>3) nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów zakończenia udziału w programie.<br>U chorych kwalifikowanych do programu wg kryterium 1.1.1.1. b. i odpowiadających na leczenie brentuksymabem vedotin wykonanie ASCT nie wyklucza kontynuacji leczenia brentuksymabem vedotin do sumarycznej liczby 16 cykli.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu;<br>2) toksyczność według WHO powyżej 3;<br>3) progresja choroby podczas leczenia (wg kryteriów zawartych w kol. 3 ust. 4), nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia; | | TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu<br><br>**4. Kryteria odpowiedzi na leczenie**<br>Ocena odpowiedzi na leczenie będzie się odbywała na podstawie:<br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) badanie obrazowe – TK lub PET/TK.<br><br>**4.1. Kryteria odpowiedzi na leczenie (na podstawie *Bruce D. Cheson et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. J Clin Oncol. 2014 Sep 20;32(27):3059-68.):***<br>1) całkowita odpowiedź: ustąpienie objawów choroby oraz całkowita regresja zmian chorobowych w badaniu obrazowym lub negatywny wynik badania FDG-PET;<br>2) częściowa odpowiedź: redukcja wymiarów zmian chorobowych o ≥50% w badaniu obrazowym;<br>3) stabilizacja choroby: zmiany wymiarów zmian o <50%;<br>4) progresja choroby: wzrost wymiarów zmian ≥50% lub wystąpienie nowych zmian.<br><br>**5. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych;<br>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;<br>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 4) brak częściowej odpowiedzi po ośmiu cyklach leczenia dla pkt 1.1.1.1. a i b oraz 1.1. 2. (nawrotowy lub oporny na leczenie chłoniak Hodgkina oraz sALCL);<br>5) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia;<br>6) podanie szesnastu cykli leczenia w ciągu około roku;<br>7) ciąża. | | |

Załącznik B.79.

# LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C.91.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br><br>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową CD20+ spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;<br>3) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny;<br>4) parametry:<br>a) CrCl (Creatine Clearance): >30ml/min oraz < 70 ml/min lub<br>b) liczba punktów wg skali CIRS > 6;<br>5) stan sprawności według WHO: 1;<br>6) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg propozycji International Workshop on Chronić Lymphocytic Leukemia updating (he National Cancer Institute-Working Group (WCLL);<br>7) 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.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:** | **Dawkowanie obinutuzumabu:**<br>**1) Cykl 1.**<br>Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.<br>Do infuzji w 1.-2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.<br><br>**2) Cykl 2 - 6**<br>Zalecaną dawkę obinutuzumabu -1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.<br><br>Obinutuzumab stosowany jest w skojarzeniu z chlorambucylem. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br><br>**1.1** Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej:<br>1) badanie na obecność antygenu CD20;<br>2) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;<br>3) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);<br>4) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;<br>5) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS.<br><br>**1.2** Badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B zawierające co najmniej testy w kierunku HBsAg i HBcAb;<br>**1.3** Test ciążowy<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:**<br><br>Przed każdym podaniem leku:<br>1) morfologia krwi ze wzrostem odsetkowym;<br>2) stężenie kreatyniny;<br>3) stężenie kwasu moczowego;<br>4) aktywność AST, ALT;<br>5) stężenie bilirubiny całkowitej. |

| | | |
|---|---|---|
| 1) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy;<br>2) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;<br>3) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRS, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie:**<br><br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.<br>Maksymalny czas leczenia wynosi 6 cykli.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br><br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab lub którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) obecność objawów ciężkiego zakażenia;<br>4) ciąża;<br>5) rezygnacja pacjenta; | | Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z kryteriami zaproponowanymi w Zaleceniach postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wg Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), lub Grupy Leczenia Białaczek u Osób Dorosłych Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT PALG).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.81.

# LECZENIE MIELOFIBROZY PIERWOTNEJ ORAZ MIELOFIBROZY WTÓRNEJ W PRZEBIEGU CZERWIENICY PRAWDZIWEJ I NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ (ICD-10 D47.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Leczenie powiększenia śledziony związanego z chorobą lub objawów występujących u dorosłych pacjentów z pierwotnym włóknieniem szpiku (znanym zarówno jako przewlekłe idiopatyczne włóknienie szpiku), włóknieniem szpiku poprzedzonym czerwienicą prawdziwą lub włóknieniem szpiku poprzedzonym nadpłytkowością samoistną.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br><br>1.1 Rozpoznanie:<br>a) pierwotnej mielofibrozy (PMF)<br>lub<br>b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF),<br>lub<br>c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF)<br>– zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2008 oraz IWGMRT (do rozpoznania wymagany jest wynik badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku);<br>1.2 Pacjenci z grupy ryzyka:<br>a) pośredniego – 2<br>lub<br>b) wysokiego<br>– wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System);</td>
<td>1. Dawkowanie ruksolitynibu:<br><br>Dawkowanie leku odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem<br><br>1.1 badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:<br>a) oceny wielkości śledziony,<br>b) masy ciała,<br>c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:<br>— poty nocne (≥4 pkt),<br>— utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),<br>— gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),<br>— bóle kostne (≥4 pkt),<br>— świąd (≥4 pkt),<br>— zmęczenie (≥4 pkt);<br>1.2 morfologia krwi z rozmazem ocenionym mikroskopowo;<br>1.3 aktywność transaminaz wątrobowych;<br>1.4 stężenie bilirubiny;<br>1.5 stężenie kreatyniny w surowicy;<br>1.6 trepanobiopsja szpiku, jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 1.3 Splenomegalia (powiększenie śledziony ≥5 cm poniżej lewego łuku żebrowego) w badaniu palpacyjnym oraz w badaniu ultrasonograficznym;<br>1.4 Pacjenci z liczbą płytek krwi > 50 tysięcy/µl;<br>1.5 Wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS:<br>a) poty nocne (≥4 pkt),<br>b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),<br>c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),<br>d) bóle kostne(≥4 pkt),<br>e) świąd (≥4 pkt),<br>f) zmęczenie (≥4 pkt);<br>1.6 Wiek: 18 lat i więcej;<br>1.7 Stan sprawności:<br>a) od 0 do 2, oceniany wg Eastern Cooperative Oncology Group lub<br>b) od 1- 2 wg WHO<br>– w momencie włączenia do programu;<br>1.8 Brak wcześniejszej splenektomii;<br>1.9 Pacjenci bez współistniejących ciężkich chorób systemowych w zakresie układu sercowo-naczyniowego, nerek, wątroby – upośledzających istotnie stan ogólny pacjenta oraz ciężkich zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych;<br>1.10 Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>— stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2- krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>— aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | | 1.7 USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony.<br>**2. Monitorowanie leczenia ruksolitynibem:**<br>2.1. badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:<br>a) oceny wielkości śledziony,<br>b) masy ciała,<br>c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:<br>— poty nocne (≥4 pkt),<br>— utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),<br>— gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),<br>— bóle kostne (≥4 pkt),<br>— świąd (≥4 pkt),<br>— zmęczenie (≥4 pkt);<br>2.2. morfologia krwi;<br>2.3. aktywność transaminaz wątrobowych;<br>2.4. stężenie bilirubiny;<br>2.5. stężenie kreatyniny w surowicy;<br>2.6. USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony.<br><br>Częstość wykonywania badań:<br>1) morfologia krwi i parametry biochemiczne:<br>a) co 2-4 tygodnie – do czasu ustabilizowania dawki ruksolitynibu, a następnie w zależności od wskazań klinicznych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ChPL;<br>b) co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby – u pacjentów z niewydolnością wątroby;<br>2) wszystkie badania kontrolne: |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>3.1 Brak lub utrata odpowiedzi po leczeniu rozumiane jako:<br>a) brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony – po 3 miesiącach leczenia,<br>b) brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony, o co najmniej 25 % długości jej wyjściowego powiększenia (powyżej normy w danym ośrodku) – po 6 miesiącach leczenia lub<br>c) pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po:<br>— 3 miesiącach leczenia lub<br>— 6 miesiącach leczenia, lub<br>— każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia;<br>3.2 Nieakceptowalna toksyczność, nieustępująca pomimo redukcji dawki leku i przerw w leczeniu według zasad określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>3.3 Transformacja w ostrą białaczkę;<br>3.4 Utrata uzyskanej odpowiedzi na terapię po każdych 6 miesiącach leczenia. | | a) po 3 miesiącach leczenia, następnie<br>b) po 6 miesiącach leczenia, następnie<br>c) nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.82.

# LECZENIE PACJENTÓW Z AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA ZZSK (ICD-10 M46.8)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **A. Kryteria kwalifikacji**<br>1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.<br>2. Do programu kwalifikuje się pacjentów:<br>2.1. z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45 r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych z rozpoznaniem spondyloatropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS<br>oraz | **Dawkowanie**<br>1. Certolizumab pegol i etanercept należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.<br>2. U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć łączne stosowanie certolizumabu pegol z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) morfologia krwi;<br>3) płytki krwi (PLT);<br>4) odczyn Biernackiego (OB);<br>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) obecność antygenu HBs;<br>12) przeciwciała anty-HCV;<br>13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); |

| | | |
|---|---|---|
| z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie:<br>1) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce;<br>2) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby:<br>a) sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej;<br>b) metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej;<br>przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów;<br>3) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów.<br>lub<br>2.2. z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie inhibitorami TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10 M 45)", u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego.<br>3. Aktywną postać choroby stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:<br>3.1. w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa: | | 15) EKG z opisem;<br>16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych;<br>17) MR stawów krzyżowo-biodrowych.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>a) morfologię krwi;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z |

| | | |
|---|---|---|
| 1) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;<br>2) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;<br>3) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) większa niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm:<br>a) ocena ta powinna być dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi;<br>b) w ocenie eksperta uwzględnia się:<br>– obraz kliniczny choroby,<br>– czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,<br>– wyniki badania wskaźników ostrej fazy,<br>– wyniki badań obrazowych,<br>– status aktywności zawodowej,<br>– występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,<br>– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia;<br>c) ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS;<br>3.2. w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych:<br>1) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz | | częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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) liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych)– co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz<br>3) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz<br>4) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz<br>5) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi – więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się:<br>a) obraz kliniczny choroby,<br>b) czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,<br>c) wyniki badania wskaźników ostrej fazy,<br>d) wyniki badań obrazowych,<br>e) status aktywności zawodowej,<br>f) występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,<br>g) współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia.<br>4. W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. | | |

| | | |
|---|---|---|
| 5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**B. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu**<br>Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.<br><br>**C. Adekwatna odpowiedź na leczenie**<br>1. w przypadku postaci osiowej:<br>a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,<br>b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3;<br>2. w przypadku postaci obwodowej:<br>a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,<br>b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza.<br><br>**D. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.<br>2. W ramach programu lekowego dotyczącego leczenia SpA nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku postaci osiowej (certolizumab pegol, etanercept) oraz nie więcej niż jednego inhibitora TNF alfa w przypadku postaci obwodowej (certolizumab pegol)<br>3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.<br><br>**E. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1. brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C;<br>2. utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. C stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących;<br>3. wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.<br><br>**F. Czas leczenia w programie**<br>1. Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2. W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.<br>3. Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w . uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt C ppkt 1b) lub 2b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.<br><br>**G. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>1. Pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną leku biologicznego zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.<br>2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.<br>3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. | | |

Załącznik B.84.

# LENALIDOMID W LECZENIU 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 (D46)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia lenalidomidem**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z anemią zależną od przetoczeń (brak 8 kolejnych tygodni bez transfuzji w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu) 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.<br>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, leczeni lenalidomidem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie. | **1. Dawkowanie:**<br>Zalecana dawka początkowa lenalidomidu: 10 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 w powtarzanych 28 - dniowych cyklach.<br>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>UWAGA:<br>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 210 mg. | **1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi;<br>2) AspAT, AlAT;<br>3) stężenie bilirubiny;<br>4) stężenie kreatyniny;<br>5) klirens kreatyniny<br><br>Badania winny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.<br>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mlU/ml.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi i test ciążowy o czułości min. 25mlU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Zaleca się wykonanie badania morfologii krwi dwa tygodnie po rozpoczęciu terapii.<br>Co 6 miesięcy: badanie cytogenetyczne.<br><br>**3. Monitorowanie programu:** |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**<br>1) bezwzględna liczba neutrofili <0,5x10$^9$/l lub liczba płytek krwi <25x10$^9$/l;<br>2) ciąża;<br>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);<br>4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) brak co najmniej minimalnej odpowiedzi ze strony komórek erytroidalnych po 4 cyklach leczenia, tj. zmniejszenia o co najmniej 50% zapotrzebowania na transfuzje w odniesieniu do ilości przetoczeń wykonanych w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu;<br>2) ponowne uzależnienie od przetoczeń kkcz lub wzrost zapotrzebowania na przetoczenia kkcz;<br>3) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>4) progresja choroby podstawowej (MDS);<br>5) ciąża. | | 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.85.

# LECZENIE PACJENTÓW Z PRZERZUTOWYM GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10 C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do programu**<br>Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:<br>1) rozpoznanie przerzutowego gruczolakoraka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych);<br>2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej;<br>3) wiek 18 lat lub powyżej;<br>4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby);<br>5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX;<br>6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia;<br>7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych,<br>b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych; | **1. Dawkowanie**<br>Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną.<br>Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) TK brzucha i miednicy;<br>2) RTG lub TK klatki piersiowej;<br>3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów;<br>4) morfologia krwi;<br>5) poziom AspAT i AlAT;<br>6) stężenie bilirubiny;<br>7) stężenie kreatyniny;<br>8) EKG.<br>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.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania:<br>a) morfologia krwi; |

| | | |
|---|---|---|
| 8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa.<br>Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, leczeni *Paclitaxelum albuminatum* w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ.<br><br>**2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu**<br>Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:<br>1) liczba neutrofili mniejsza niż 1500 w $mm^3$ lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w $mm^3$;<br>2) ciąża;<br>3) laktacja.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie.<br>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:<br>1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych;<br>2) brak zadowalającej tolerancji leczenia (obecność niepożądanych działań w stopniach 3. lub 4.) mimo maksymalnego zredukowania dawki nanocząsteczkowego kompleksu | | b) poziom AspAT i AlAT;<br>c) stężenie bilirubiny;<br>d) stężenie kreatyniny;<br>oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta;<br>2) co 2 cykle leczenia wykonuje się:<br>a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej;<br>b) RTG lub TK klatki piersiowej;<br>c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych;<br>d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT.<br>3) EKG w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| paklitakslu z albuminą i gemcytabiny zgodnie z zaleceniami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych, które zostało przeprowadzone w związku z wystąpieniem działań niepożądanych;<br>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. | | |

Załącznik B.86.

# LECZENIE WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH (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 powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o analizę dokumentacji nadesłanej przez świadczeniodawcę.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie**<br>Wrodzone zespoły autozapalne:<br>a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym:<br>a. noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem InflammatoryDisease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórno-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome),<br>b. zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome), | **1. Dawkowanie**<br>Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>**1.1. Badania obowiązkowe**<br>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna;<br>b) morfologia krwi pełna z rozmazem;<br>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen;<br>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT,GGTP;<br>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny;<br>f) albuminy, proteinogram;<br>g) ocena ciśnienia tętniczego;<br>h) badanie ogólne moczu;<br>i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV;<br>j) RTG klatki piersiowej;<br>k) USG jamy brzusznej.<br><br>**1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego**<br>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu; |

| | | |
|---|---|---|
| c. zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome);<br>b) inne wrodzone zespoły autozapalne:<br>a. TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1,<br>b. FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny;<br>c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1:<br>a. zespól Schnizler;<br>d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Zakończenie leczenia w programie**<br>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d;<br>a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę;<br>b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia;<br>c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w | | b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN);<br>c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka);<br>d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca;<br>e) konsultacja stomatologiczna;<br>f) DZM na białko.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy (zależnie od wieku pacjenta, jego stanu klinicznego i odpowiedzi na leczenie).<br><br>**2.1. Badania obowiązkowe**<br>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.<br>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA);<br>b) morfologia krwi pełna z rozmazem;<br>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen;<br>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP;<br>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny;<br>f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu;<br>g) ocena ciśnienia tętniczego.<br><br>**2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.**<br>Badania kontrolne wymienione w punktach 8-10 należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzanych u |

| | | |
|---|---|---|
| opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego;<br>d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem. | | pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia.<br>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu;<br>b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN);<br>c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.87.

# LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| ***Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu*** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>**Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:**<br>1) Wiek powyżej 18. roku życia;<br>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;<br>3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;<br>4) FVC powyżej 50% wartości należnej;<br>5) DLco powyżej 30%;<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu. | **1. Dawkowanie**<br>Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Spirometria;<br>2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco);<br>3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości);<br>4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ;<br>5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;<br>6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy;<br>7) Klirens kreatyniny endogennej;<br>8) Morfologia krwi.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy;<br>a) Spirometria;<br>b) DLco<br>c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia**<br>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.<br>2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie;<br>4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy;<br>5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby;<br>6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii;<br>7) Ciąża i karmienie piersią;<br>8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca.<br>9) Brak zgody na leczenie | | 2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy;<br>3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii:<br>a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące;<br>4) Morfologia krwi co 6 miesięcy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>a) wiek ≥ 18 lat;<br>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**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy;<br>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;<br>d) FVC ≥ 50% wartości należnej;<br>e) pojemność dyfuzyjna płuc $DL_{CO}$ powyżej 30%;<br>f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.:<br>a. nadwrażliwość na lek,<br>b. ciąża,<br>c. karmienie piersią,<br>d. inne przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>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.<br>2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze;<br>3) ciąża lub karmienie piersią;<br>4) przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów | | 3) badanie spirometryczne;<br>4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - $DL_{CO}$<br>5) morfologia krwi;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego;<br>7) 12-odprowadzeniowe EKG.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br><br>1) badanie spirometryczne co 6 m-cy;<br>2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy;<br>3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - $DL_{CO}$ co 6 m-cy;<br>4) morfologia krwi co 6 miesięcy,<br>5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie;<br>6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie. | | 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.88.

# LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY WISMODEGIBEM (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 Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1.1. Histologicznie potwierdzone rozpoznanie miejscowo zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami odległymi u pacjentów, u których:<br>1) Nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako:<br>a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub<br>b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności i/lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym lub<br>c) inne przeciwskazania do leczenia chirurgicznego (np. usunięcie części struktur twarzoczaszki, np. nosa, ucha, powieki, gałki ocznej, bądź konieczność amputacji kończyny); | Dawkowanie wismodegibu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br><br>1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);<br>10) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);<br>11) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania |

| | | |
|---|---|---|
| 2) stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwskazania do radioterapii;<br>3) przerzuty odległe są histopatologicznie potwierdzone jako ogniska raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego,<br>1.2. Stan sprawności 0-2 wg ECOG;<br>1.3. Wykluczenie współistnienia innych nowotworów złośliwych tzn. stanu po leczeniu lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym (niezależnie od odpowiedzi na leczenie) albo nieuzyskanie całkowitej remisji po leczeniu o założeniu radykalnym;<br>1.4. Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>1) wyniki badań czynności wątroby:<br>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub, w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta, nieprzekraczające trzykrotności GGN;<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN;<br>2) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2,0 mg/dL;<br>3) stężenie hemoglobiny powyżej 8,5 g/dl;<br>4) liczba granulocytów co najmniej 1000/µl;<br>5) liczba płytek krwi co najmniej 75 000/µl;<br>1.5. Kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>1.6. Wiek ≥18 roku życia.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; | | nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych;<br>12) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);<br>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni - przed decyzją o kontynuowaniu leczenia.<br><br>W przypadku kobiet w wieku rozrodczym przepisanie wismodegibu powinno być ograniczone do 28 dni terapii, kontynuacja leczenia jest możliwa wyłącznie po uzyskaniu ujemnego wyniku testu ciążowego z próbki krwi. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) ciąża lub karmienie piersią;<br>3) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;<br>4) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania wismodegibu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wismodegib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) działania niepożądane uniemożliwiające dalsze leczenie z zastosowaniem wismodegibu;<br>4) rezygnacja pacjenta z dalszego leczenia. | | **3. Monitorowanie skuteczności leczenia:**<br><br>**3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem podstawnokomórkowym skóry:**<br><br>1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) nie rzadziej niż co 8 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;<br>2) badania KT lub MR odpowiedniego obszaru w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST – nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;<br>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Dla oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy:<br>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. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1. |

| | | |
|---|---|---|
| | | **3.2. U pacjentów z objawowym rakiem podstawnokomórkowym skóry z przerzutami:**<br><br>1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru - nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1;<br>2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

Załącznik B.89.

# LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:<br><br>1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie klinicznie stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. *Pediatr Neurol*. 2013;49:243-54).<br><br>**Kryteria większe:**<br><br>1. angiofibroma twarzy (≥3) lub płaskie włókniaki głowy;<br>2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥2);<br>3. znamiona bezbarwne (≥3, o średnicy co najmniej 5 mm);<br>4. ogniska skóry szagrynowej;<br>5. mnogie hamartoma siatkówki;<br>6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines);<br>7. guzki podwyściółkowe mózgu;<br>8. gwiaździak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy | **1. Dawkowanie**<br>Dawkowanie jest ustalane indywidualnie na podstawie obliczonej powierzchni ciała (pc.) za pomocą wzoru Dubois'a, gdzie masa (m) wyrażona jest w kilogramach i wzrost (l) w centymetrach:<br><br>$pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$<br><br>Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m$^2$ pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus.<br><br>Minimalne stężenie ewerolimusu we krwi pełnej należy oceniać po około 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Dawkę należy ustalić w taki sposób, aby osiągnąć minimalne stężenie 5 do 15 ng/ml. Dawkę można zwiększyć, aby osiągnąć większe stężenie minimalne w obrębie zakresu docelowego, aby osiągnąć maksymalną skuteczność w zależności od tolerancji. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego.<br><br>2) Badanie morfologii krwi z rozmazem.<br><br>3) Badania biochemiczne:<br><br>a) aktywność transaminaz wątrobowych,<br>b) stężenie bilirubiny,<br>c) stężenie kreatyniny,<br>d) stężenie glukozy,<br>e) stężenie lipidów na czczo.<br><br>4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV.<br><br>5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy.<br><br>6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| (SEGA);<br>9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma);<br>10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis);<br>11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek.<br><br>**Kryteria mniejsze:**<br><br>1. mnogie ubytki szkliwa (>3);<br>2. włókniaki jamy ustnej (≥2);<br>3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji;<br>4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch);<br>5. plamy na skórze typu „confetti" ;<br>6. mnogie torbiele nerek.<br>Rozpoznanie stwardnienia guzowatego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze.<br><br>2) Obecność przynajmniej jednej zmiany SEGA, potwierdzona w badaniu MRI lub CT, niekwalifikującej się do leczenia chirurgicznego według opinii zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga.<br><br>3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST.<br><br>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni ewerolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez | Objętość SEGA należy ocenić po około 3 miesiącach leczenia ewerolimusem z uwzględnieniem kolejnych zmian dawki biorąc pod uwagę zmiany objętości SEGA, odpowiednie stężenie minimalne i tolerancję.<br><br>Jeśli osiągnięto stałą dawkę, u pacjentów ze zmienną powierzchnią ciała minimalne stężenia należy monitorować co 3 do 6 miesięcy, a u pacjentów ze stałą powierzchnią ciała co 6 do 12 miesięcy, przez cały okres leczenia.<br><br>Sposób podawania: Ewerolimus musi być podawany doustnie, raz na dobę o tej samej porze, z posiłkiem lub bez. Ewerolimus w postaci tabletek połyka się w całości popijając szklanką wody. Tabletek nie wolno żuć ani rozgryzać. Jeżeli pacjent nie jest w stanie połknąć tabletki, lek można całkowicie rozpuścić w szklance z wodą (około 30 ml) mieszając delikatnie, tuż przed przyjęciem leku. Po wypiciu zawiesiny, wszelkie pozostałości muszą być ponownie rozpuszczone w takiej samej ilości wody i następnie wypite.<br><br>W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.<br><br>**Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych** | 1) Badanie głowy metodą rezonansu magnetycznego w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby.<br><br>2) Oznaczenie stężenia ewerolimusu we krwi za pomocą atestowanej metody: po 2 tygodniach leczenia, a następnie po wszelkich zmianach dawki ewerolimusu bądź po rozpoczęciu podawania lub zmianie dawkowania podawanych równocześnie induktorów lub inhibitorów CYP3A4.<br><br>3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia:<br>a) badanie morfologii krwi z rozmazem,<br>b) podstawowe badania biochemiczne:<br>— aktywność transaminaz wątrobowych,<br>— stężenie bilirubiny,<br>— stężenie kreatyniny,<br>— stężenie glukozy,<br>— lipidogram na czczo.<br><br>4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych.<br><br>5) Posiew pobranego materiału i/lub badania serologiczne krwi (plwocina, wymaz z jamy ustnej i gardła, wymaz z rany itd.) w przypadku podejrzenia czynnego zakażenia grzybiczego, wirusowego lub bakteryjnego.<br><br>6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby |

| | | |
|---|---|---|
| oddziały NFZ.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA.<br><br>2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz >2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu >1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy >1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny < 9 g/dl, liczba płytek krwi <80 000/$mm^3$, całkowita liczba neutrofilów <1 000 /$mm^3$).<br><br>3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu.<br><br>4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C.<br><br>5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia.<br><br>6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy >300 mg/dl i stężenie triglicerydów | **oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.** | typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

| | | |
|---|---|---|
| na czczo >2.5 x górna granica normy.<br><br>7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako HbA1c>8g/dl.<br><br>8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu.<br><br>9) Chore w ciąży lub karmiące piersią.<br><br>10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria).<br><br>11) Progresja choroby w trakcie stosowania leku udokumentowana badaniem MRI głowy wykonywanym w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby (oceniana według skali RECIST).<br><br>12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego<br><br>13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami. | | |

Załącznik B.90.

# LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10 G.20)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie choroby Parkinsona wg powszechnie przyjętych kryteriów (*United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria)*;<br>2) czas trwania choroby powyżej 5 lat;<br>3) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera;<br>4) potwierdzona skuteczność stosowania lewodopy we wcześniejszym leczeniu;<br>5) wyczerpanie możliwości prowadzenia skutecznej terapii co najmniej dwoma lekami doustnymi o różnych mechanizmach działania lub wystąpienie działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem tych leków;<br>6) codzienna obecność i pomoc ze strony opiekuna, który będzie w stanie obsłużyć PEG oraz pompę.<br><br>**1.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu**<br>1) ciężka depresja w skali Becka lub znaczne nasilenie dysfunkcji poznawczych, uniemożliwiające dalszą współpracę chorego, a tym | **1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą**<br>**1.1. Sposób podania**<br>Za pomocą specjalnej pompy, w postaci ciągłego wlewu dojelitowego, przez przezskórną gastrostomię (PEG).<br><br>**1.2. Dawkowanie**<br>Zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>W okresie dostosowania dawki, lewodopa z karbidopą są podawane w postaci ciągłego wlewu dojelitowego przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, w zmiennej dawce, zależnej od potrzeby klinicznej. W tym czasie określa się reaktywność choroby na tę formę terapii i ustala właściwą dawkę.<br>Po ostatecznym zakwalifikowaniu chorego do objęcia programem terapeutycznym podaje się lewodopę z karbidopą w postaci ciągłego wlewu dojelitowego za pomocą zewnętrznej pompy, przez gastrostomię (PEG), w dawce ustalonej podczas leczenia w okresie wstępnym.<br>Dawka dobowa leku zawarta jest z reguły w | **1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami);<br>2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka);<br>3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>6) badanie układu krzepnięcia;<br>7) kwalifikacja przez chirurga / gastroenterologa do PEG.<br><br>**1.2. Monitorowanie leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy;<br>2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy;<br>3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy;<br>4) badanie neuropsychologiczne, tj:<br>a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.; |

| | | |
|---|---|---|
| samym skuteczną kontynuację terapii;<br>2) przeciwwskazania do stosowania systemu DuoDopa zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.<br><br>**1.3. Czas leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**1.4. Kryteria wyłączenia**<br>1) 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 z karbidopą, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny oraz ustala się wstępną dawkę leku. Pożądany efekt kliniczny zdefiniowano jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami;<br>2) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;<br>4) utrata skuteczności leczenia mimo prób dostosowania dawek leku, w okresie 6 mies. od implantacji systemu.<br><br>**2. Leczenie apomorfiną**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek >18. r.ż.;<br>2) rozpoznana idiopatyczna postać choroby Parkinsona według powszechnie przyjętych kryteriów (*United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria);*<br>3) czas trwania choroby powyżej 5 lat;<br>4) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera, które utrzymują się mimo stosowania optymalnego leczenia | jednej kasetce o pojemności 100 ml. W rzadkich przypadkach konieczne może być podanie większej dawki leku.<br><br>**2. Leczenie apomorfiną**<br>Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>1) Miejsce wkłucia infuzji zmienia się co 16 godz. w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia reakcji skórnych;<br>2) Maksymalna dobowa dawka apomorfiny nie powinna przekraczać 100 mg.<br>W czasie prowadzenia leczenia apomorfiną modyfikuje się, stosownie do potrzeb, dawki leków doustnych.<br>Niezbędne jest ustalone podawanie pacjentowi domperidonu w dawce zazwyczaj 20 mg trzy razy na dobę. Terapię domperidonem należy rozpocząć dzień przed rozpoczęciem terapii apomorfiną oraz kontynuować tak, aby łączny okres przyjmowania domperidonu trwał od 3 do maksymalnie 7 dni. | b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.;<br>5) korekta dotychczasowego leczenia: odstawienie lub dodanie innych leków lub korekta dawki Duodopy, doraźnie w miarę potrzeby;<br>6) radiologiczna ocena położenia cewnika w jelicie we wstępnym okresie leczenia oraz po założeniu PEG.<br><br>**2. Leczenie apomorfiną**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami);<br>2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka);<br>3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination);<br>4) ocena stanu pacjenta w skali:<br>a) UPDRS część III-IV - ocena zaburzeń ruchowych i zaburzeń okresu późnego;<br>b) Becka - ocena nastroju;<br>5) ocena funkcji poznawczych (stopień otępienia) w ocenie psychologa;<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT)**;**<br>8) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;<br>9) badanie mające na celu wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;<br>10) badanie EKG.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia apomorfiną**<br>1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy; |

| | | |
|---|---|---|
| farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona;<br>5) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, wynikających z:<br>a) istotnych klinicznie zaburzeń psychotycznych stwierdzonych w wywiadzie;<br>b) istotnych klinicznie objawów hipotonii ortostatycznej;<br>c) istotnych klinicznie zaburzeń rytmu serca;<br>6) współpraca pacjenta lub jego opiekuna w trakcie terapii.<br><br>**2.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu**<br>1) nadwrażliwość na pochodne morfiny lub substancje pomocnicze produktu;<br>2) jednoczesne leczenie za pomocą wlewów dojelitowych lewodopy;<br>3) atypowy parkinsonizm;<br>4) nasilone otępienie;<br>5) depresja oddechowa;<br>6) klinicznie istotne zaburzenia psychotyczne;<br>7) klinicznie istotna hipotonia ortostatyczna;<br>8) niestabilne, klinicznie istotne choroby:<br>a) sercowo-naczyniowe;<br>b) wątroby;<br>c) nerek;<br>d) hematologiczne;<br>9) ciąża i karmienie piersią.<br><br>**2.3. Czas leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**2.4. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciężka depresja; | | 2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy;<br>3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy;<br>4) badanie neuropsychologiczne, tj:<br>a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.;<br>b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.;<br>5) po 30 dniach od pierwszego podania apomorfiny wykonanie następujących badań:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) badanie ogólne moczu;<br>c) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>d) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;<br>e) poziom bilirubiny;<br>f) badanie EKG;<br>6) kontrola stanu pacjenta co miesiąc w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące;<br>7) po ustaleniu sposobu dawkowania co 12 miesięcy wykonuje się badania:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>c) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;<br>d) badanie EKG;<br>8) konsultacje neuropsychologiczne w celu oceny wpływu terapii na funkcje poznawcze, przeprowadzane po roku terapii, a następnie z częstością 1/rok – decyzję o zasadności ich |

| | | |
|---|---|---|
| 2) brak współpracy pacjenta lub opiekuna;<br>3) niepełna lub niewystarczająca odpowiedź na leczenie, tj. nie osiągnięcie w ciągu 3 miesięcy leczenia obu poniższych parametrów:<br>a) poprawy w stanie *on* w stosunku do stanu *off*, wyrażającej się obniżeniem wyniku III części skali UPDRS o co najmniej 20% po ustaleniu dawki optymalnej;<br>b) redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami;<br>4) pogorszenie w trakcie kontynuacji leczenia osiągniętego poziomu sprawności określonej w definicji odpowiedzi na leczenie pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku;<br>5) wystąpienie nadwrażliwości na chlorowodorek apomorfiny lub substancje pomocnicze;<br>6) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie. | | przeprowadzania podejmuje lekarz prowadzący w oparciu o stan kliniczny chorego.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, na zakończenie leczenia;<br>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.92.

# LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ IBRUTYNIBEM (ICD 10: C91.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **Część I. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy z delecją 17p lub mutacją *TP53*)** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria:<br>1) obecność delecji 17p i/lub mutacji w genie *TP53*;<br>2) stan sprawności według WHO 0 – 2;<br>3) wiek powyżej 18 r.ż.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Kryteria wykluczające udział w programie**<br>1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K<br>2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh<br>3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA<br>4) aktywne ciężkie zakażenie | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę.<br>Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przed włączeniem leczenia**<br>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;<br>2) badanie w kierunku delecji 17p i/lub mutacji w genie *TP53;*<br>3) badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego);<br>4) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy;<br>5) EKG.<br><br>**2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia**<br>1) Badania przeprowadzane 1 x w miesiącu:<br>– morfologia krwi ze wzorem odsetkowym<br>2) Badania przeprowadzane co 3 miesiące<br>– badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej)<br>– badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic |

| | | |
|---|---|---|
| 5) ciąża<br>6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą<br>7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą<br>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | | Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą.<br>Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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. |
| **Część II. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy bez delecji 17p lub mutacji *TP53*)** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria (1-3):<br>1) brak delecji 17 p i/lub mutacji w genie *TP53*; | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę. | **1. Badania przed włączeniem leczenia**<br>1) Morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym<br>2) Badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego) |

| | | |
|---|---|---|
| 2) stan sprawności według WHO 0 – 2;<br>3) wiek powyżej 18 r.ż.;<br>oraz jedno z poniższych kryteriów:<br>a) nawrót/progresja choroby po lub brak odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem antyCD20<br>b) przeciwwskazania medyczne do zastosowania schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem-anty CD20 (zgodnie z ChPL lub programem lekowym B103, część I) u chorych z wczesnym nawrotem PBL po pierwszej linii immunochemioterapii (definiowany jako progresja PBL pomiędzy 6. a 24 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) albo u chorych z opornością na immunochemioterapię (definiowaną jako brak odpowiedzi lub nawrót PBL do 6 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia)<br>c) toksyczność niepozwalająca na kontynuację leczenia wenetoklaksem i przeciwciałem anty-CD20<br>Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci leczeni ibrutynibem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1a lub 1b lub 1c oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt. 3.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego. | Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | 3) Badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy.<br>4) EKG<br><br>**2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia**<br>1) Badania przeprowadzane 1 x w miesiącu:<br>– morfologia krwi ze wzorem odsetkowym<br>2) Badania przeprowadzane co 3 miesiące:<br>– badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej)<br>– badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą.<br>Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wykluczające udział w programie**<br>1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K<br>2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh<br>3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA<br>4) aktywne ciężkie zakażenie<br>5) ciąża<br>6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą<br>7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą<br>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | | z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.93.

# PIKSANTRON W LECZENIU CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD-10 C83, C85)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10 C83, C85);<br>2) wiek ≥ 18 rok życia;<br>3) stan sprawności według WHO 0-2;<br>4) udokumentowane niepowodzenie 2-giej lub 3-ciej linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w 3 lub 4 linii leczenia);<br>5) LVEF ≥ 45% - ocena metodą ECHO; niewystępowanie niewyrównanej niewydolności serca lub niestabilnego zespołu wieńcowego.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli z zastrzeżeniem pkt. 4 (poniżej).<br><br>**3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**<br>1) nadwrażliwość na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m$^2$ pow. ciała w postaci infuzji dożylnej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli.<br>Piksantron jest przeznaczony do podawania w powolnym wlewie dożylnym (trwającym co najmniej 60 minut) za pomocą zestawu do infuzji wyposażonego w filtr, wyłącznie po uprzednim rozpuszczeniu w 5 ml 0,9% roztworu chlorku sodu (9 mg/ml) do wstrzykiwań i po dalszym rozcieńczeniu w 0,9% roztworze chlorku sodu do wstrzykiwań do ostatecznej objętości 250 ml.<br><br>**2. Modyfikacja dawki**<br>Dawkowanie piksantronu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leku lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników badań laboratoryjnych, zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie bilirubiny całkowitej; AspAT, ALAT<br>3) stężenie kreatyniny;<br>4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne) mające na celu udokumentowanie podpunktu 4 kryteriów kwalifikacji;<br>5) EKG;<br>6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Badania wykonywane:<br>1) przed każdym podaniem leku:<br>– morfologia krwi z rozmazem,<br>– stężenie kreatyniny,<br>– stężenie bilirubiny;<br>2) co drugi cykl leczenia:<br>– ECHO serca z oceną EF oraz EKG (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu);<br>3) w razie podejrzenia progresji choroby: |

| | | |
|---|---|---|
| 2) bezwzględna liczba neutrofilów <1,0x10$^9$/l lub liczba płytek krwi <75x10$^9$/l; o ile nie wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka;<br>3) ciąża lub karmienie piersią;<br>4) całkowity poziom bilirubiny ≥1,5 x GGN, kreatyniny ≥1,5 x GGN, AspAT oraz ALAT ≥2 x GGN (w przypadku zajęcia wątroby ≥5 x GGN).<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) stan sprawności według WHO 3-4;<br>4) kardiotoksyczność 3. lub 4. stopnia wg NYHA lub utrzymujący się spadek LVEF ≥ 15% w stosunku do stanu wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;<br>5) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż , nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;<br>6) ciąża. | | – odpowiednie badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.95.

# LECZENIE ATYPOWEGO ZESPOŁU HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWEGO (aHUS) (ICD-10 D 59.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria włączenia**<br>Podczas 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 Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego, 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 atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego, 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.<br>Do leczenia ekulizumabem kwalifikowani są pacjenci z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym:<br>1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej:<br>a) trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <150 x $10^9$/L lub $\geq$ 25% spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna<br>lub<br>b) biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową<br>oraz<br>c) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów: | **1. Dawkowanie**<br>Dawkowanie preparatu ekulizumab zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania;<br>2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby;<br>3) wykonanie badani potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);<br>5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty;<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) badanie ogólne moczu;<br>8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;<br>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT)i alaninowa (AlAT);<br>10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;<br>11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie mozna wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;<br>12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;<br>13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik;<br>14) w przypadku występowania u pacjentów:<br>a) objawów neurologicznych<br>- rezonans magnetyczny z angiografią |

| | | |
|---|---|---|
| – zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku<br>lub hemodializa,<br>lub białkomocz/ albuminuria<br>lub<br>– powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak:<br>powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub<br>żołądkowo-jelitowe lub płucne<br>lub<br>2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza;<br>3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepu nerki;<br>4) u ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są wyniki badań:<br>a) aktywność ADAMTS-13 >5%,<br>b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;<br>5) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabu;<br>6) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie;<br>2) Po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza i badań genetycznych; | | - lub tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego;<br>b) objawów ze strony układu pokarmowego:<br>- amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej;<br>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:<br>- troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca<br>- lub cewnikowanie serca;<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) W czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL);<br>2) Począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 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);<br>3) Po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni;<br>4) Po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz na 3 miesiące;<br>5) U chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące.<br><br>**3. Monitorowanie w czasie czasowego przerwania leczenia**<br>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):<br>1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia);<br>2) morfologia (Hb, liczba płytek). |

| | | |
|---|---|---|
| a) Zespół Koordynacyjny ds. leczenia aHUS podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby;<br>b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych;<br>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;<br>4) Chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej;<br>5) Chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów włączenia punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) brak efektu leczenia ekulizumabem (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia);<br>2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;<br>3) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze;<br>4) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;<br>5) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie;<br>W razie zakończenia leczenia u pacjenta z powodu zaistnienia ww. kryteriów wyłaczenia, ponowne rozpoczęcie leczenia wymaga decyzji Zespołu Koordynującego. | | **4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.96.

# LECZENIE NOCNEJ NAPADOWEJ HEMOGLOBINURII (PNH) (ICD-10 D59.5)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji<br>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 Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, 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 Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, 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. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br>1) Zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu NNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:<br>a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):<br>• aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN)<br>• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:<br>– niewydolność nerek,</td>
<td>1. Dawkowanie<br>Zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH;<br>2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);<br>6) czas protrombinowy (PT);<br>7) fibrynogen;<br>8) odczyn Coombsa;<br>9) oznaczenie grupy krwi;<br>10) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>11) stężenie mocznika w surowicy;<br>12) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);<br>13) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>14) bilirubina całkowita i bezpośrednia;<br>15) stężenie haptoglobiny (Hp);<br>16) stężenie Na+;<br>17) stężenie K+;<br>18) badanie ogólne moczu;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| – nadciśnienie płucne,<br>– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;<br>b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:<br>• zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,<br>• zator tętnicy płucnej,<br>• zdarzenia mózgowo-naczyniowe,<br>• amputacja,<br>• zawał mięśnia sercowego,<br>• napad przemijającego niedokrwienia,<br>• niestabilna dławica piersiowa,<br>• zakrzepica żyły nerkowej,<br>• zakrzepica żył krezkowych,<br>• zakrzepica żyły wrotnej,<br>• zgorzel,<br>• ostre zamknięcia naczyń obwodowych;<br>2) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabem;<br>3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. | | 19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;<br>20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:<br>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,<br>c) kreatynina,<br>d) mocznik,<br>e) aminotransferaza asparaginowa (AspAT),<br>f) aminotransferaza alaninowa (AlAT),<br>g) bilirubina całkowita.<br>2) Po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<br>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem.<br>3) Po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<br>a) kreatynina,<br>b) mocznik,<br>c) aminotransferaza asparaginowa (AspAT),<br>d) aminotransferaza alaninowa (AlAT),<br>e) bilirubina całkowita.<br>4) Badanie obecności klonu PNH w cytometrze przepływowym 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 12 miesięcy. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem 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.<br>3) Chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie kwalifikowani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;<br>2) karmienie piersią;<br>3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;<br>4) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze;<br>5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;<br>6) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie. | | W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.97.

# LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10 D69.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem**<br>1) wiek ≥18 lat;<br>2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);<br>3) niedostateczna odpowiedź na inne sposoby leczenia farmakologicznego np. kortykosteroidy, dożylne immunoglobuliny;<br>4) nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/µl i objawami skazy krwotocznej.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.<br>**2.1. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) nadwrażliwość na: | **1. Dawkowanie eltrombopagu**<br>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi 50 mg raz na dobę;<br>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.<br>**2. Dawkowanie romiplostymu**<br>1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu, jako wstrzyknięcie podskórne;<br>2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 µg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;<br>3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) parametry czynności wątroby:<br>– AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem,<br>– bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia romiplostymem;<br>3) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;<br>4) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu;<br>5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem**<br>1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (≥ 50 000/µl przez co najmniej 4 tygodnie):<br>a) wykonywane co 1 tydzień:<br>– morfologia krwi z rozmazem,<br>b) w przypadku leczenia eltrombopagiem - wykonywane co 2 tygodnie: |

| | | |
|---|---|---|
| a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem<br>b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z Escherichia coli – dotyczy leczenia romiplostymem;<br>2) zaburzenia czynności wątroby:<br>– wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,<br>– wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;<br>3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:<br>a) będzie narastać<br>albo<br>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,<br>albo<br>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,<br>albo<br>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby<br>- <u>dotyczy wyłącznie chorych leczonych eltrombopagiem</u>;<br>4) ciąża;<br>5) karmienie piersią;<br>6) brak odpowiedzi na leczenie:<br>– eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary)<br>lub<br>– romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia. | | – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita),<br>2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek:<br>a) wykonywane co 1 miesiąc:<br>– morfologia krwi z rozmazem,<br>– w przypadku leczenia eltrombopagiem: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita,);<br>3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinowego;<br>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:<br>a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie:<br>– morfologia krwi z rozmazem;<br>5) badanie okulistyczne co 3 miesiące – dotyczy leczenia eltrombopagiem.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.98.

# LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10 D69.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem**<br>1) wiek 1-18 lat;<br>2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy), pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);<br>3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze standardowe leczenie farmakologiczne ITP.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>Do leczenia agonistą receptora trombopoetyny (rTPO) mogą być włączani pacjenci, którzy uzyskali niedostateczną odpowiedź lub wykazują nietolerancję na inny preparat z grupy agonistów rTPO, oraz spełniają kryteria kwalifikacji.<br>Pacjenci pozostający w leczeniu w ramach tego programu lekowego, po osiągnięciu pełnoletniości mogą być leczeni w programie lekowym „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)" bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do ww. programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3. | **1. Dawkowanie eltrombopagu**<br>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi:<br>– 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat,<br>– 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego;<br>2) maksymalna dawka dobowa wynosi 75 mg;<br>3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys/µl.<br>**2. Dawkowanie romiplostymu**<br>1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu, jako wstrzyknięcie podskórne; | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem**<br>1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek;<br>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);<br>3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu;<br>4) trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;<br>5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy.<br>**2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem:**<br>1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi:<br>a) wykonywane co 1 tydzień:<br>– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,<br>b) wykonywane co 2 tygodnie:<br>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) nadwrażliwość na:<br>a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem<br>b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z *Escherichia coli* – dotyczy leczenia romiplostymem;<br>2) zaburzenia czynności wątroby:<br>– wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,<br>– wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;<br>3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:<br>a) będzie narastać,<br>albo<br>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,<br>albo<br>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,<br>albo<br>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby,<br>- dotyczy wyłącznie leczenia eltrombopagiem;<br>4) ciąża;<br>5) karmienie piersią;<br>6) brak odpowiedzi na leczenie:<br>– eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary)<br>lub<br>– romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia. | 2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 µg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;<br>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.<br>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalające utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys/µl. | 2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u odpowiadających pacjentów:<br>a) wykonywane co 1 miesiąc:<br>– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,<br>b) wykonywane co 3 miesiące:<br>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);<br>3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi:<br>a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;<br>4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem;<br>5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej $250x10^9/l$, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartość mniejszej lub równej $100x10^9/l$.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.99.

# LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie pasyreotydem**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek powyżej 18 roku życia;<br>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);<br>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;<br>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**<br>**1.1. Dawkowanie**<br>Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH ≥2,5 µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) 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.<br>**1.2. Sposób podawania**<br>1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym wykonywanym przez fachowy personel medyczny.<br>2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku | **1. Leczenie pasyreotydem**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem**<br>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);<br>2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol);<br>3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;<br>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;<br>5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm); |

5) pacjenci, którzy nie byli dotychczas operowani mogą być kwalifikowani do leczenia pasyreotydem wyłącznie w sytuacji, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i nie uzyskano kontroli biochemicznej choroby po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni.

Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie.

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

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

**1.2. Kryteria wyłączenia**

1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) *Schematu dawkowania*;
4) objawowa kamica żółciowa;

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 u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;
   c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby

6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;
7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;
8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);
9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

**1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem**

1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące;
2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4

5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha);

6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;

7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);

8) okres ciąży lub karmienia piersią;

9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako:

a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 μg/l

lub

b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1

lub

c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzanym przy kwalifikacji do programu.

lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN należy monitorować stan pacjenta po przerwaniu leczenia pasyreotydem do czasu ustąpienia nieprawidłowości. Leczenia nie należy wznawiać, jeśli w ocenie lekarza nieprawidłowa czynność wątroby ma związek z pasyreotydem.

3) Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotyd u pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG.

**2. Leczenie pegwisomantem**

**2.1. Dawkowanie**

1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnych.

2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.

3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.

tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia;

4) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia. Ponadto należy monitorować wartość stężenia HbA1c po 3 tygodniach od zakończenia leczenia;

5) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;

6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;

7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;

8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;

9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;

10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;

11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

**1.3. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**2. Leczenie pegwisomantem**

**2.1. Kryteria kwalifikacji**

1) wiek powyżej 18 roku życia;
2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);
3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;
4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);
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 osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego;
4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.

**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);
6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;
7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;

**2.2. Monitorowanie leczenia**

1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;
2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie

| | | |
|---|---|---|
| 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;<br>6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol).<br>Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4.<br>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.<br>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.<br>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.<br>**2.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) kandydaci do leczenia operacyjnego;<br>2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego; | | 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;<br>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;<br>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;<br>5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;<br>6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki 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;<br>7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;<br>8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).<br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej |

| | | |
|---|---|---|
| 3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 $m^2$ oraz utrata białka >3 g/1,73$m^2$;<br>4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT > 5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT);<br>5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;<br>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;<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. | | przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.100.

# LECZENIE OPORNEJ I NAWROTOWEJ POSTACI KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA Z ZASTOSOWANIEM NIWOLUMABU (ICD-10 C 81)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU<br>W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE<br>W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji:<br>1) nawrotowy lub oporny na leczenie klasyczny chłoniak Hodgkina potwierdzony badaniem histopatologicznym<br>a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ASCT) i<br>b) po leczeniu brentuksymabem vedotin;<br>2) wiek 18 lat i powyżej;<br>3) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;<br>4) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;<br>5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br><br>Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne.</td>
<td>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia<br>1) badanie przedmiotowe;<br>2) ocena sprawności w skali ECOG;<br>3) pomiar masy ciała;<br>4) badania laboratoryjne:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenia stężenia kreatyniny,<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,<br>f) oznaczenie poziomu TSH,<br>g) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;<br>5) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej.<br><br>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia<br><br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) morfologia krwi;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem**<br><br>Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:**<br>1) progresja choroby;<br>2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu powyżej 3 według kryteriów CTC (Common Toxity Criteria);<br>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;<br>5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. | | 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH;<br><br>Badania wykonywane są co 6 – 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badanie przedmiotowe i laboratoryjne zależnie od wskazań lekarskich;<br>2) badanie obrazowe umożliwiajace ocenę odpowiedzi na leczenie za pomocą KT lub PET wykonane po 3 miesiącach leczenia albo wczesniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie powtarzać co pół roku.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczorozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.101.

# LECZENIE INHIBITORAMI PCSK-9 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** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. Leczenie pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną**<br>Łączne spełnienie następujących warunków:<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) pewna diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network;<br>3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnianie tych kryteriów w chwili rozpoczęcia leczenia LDL aferezą;<br>4) kryteria kwalifikacji do LDL aferezy: LDL-C > 160 mg/dl (4,1 mmol/dl) pomimo stosowania diety i:<br>a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych dawkach tj.: atorwastatyna 80 mg lub rosuwastatyna 40 mg, a następnie atorwastatyna 40-80 mg lub rosuwastatyna 20-40 mg w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowanego łącznie przez 6 miesięcy, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc<br>lub<br>b) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowanego przez łącznie 6 miesięcy, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc. | **1. Alirokumab**<br>150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie.<br><br>**2. Ewolokumab**<br>140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie. | **1. Wykaz badań przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) lipidogram;<br>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>3) kreatynina/eGFR;<br>4) kinaza kreatynowa (CK).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Lipidogram – po 3 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy;<br>2) Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia na każdej wizycie.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej |

| | | |
|---|---|---|
| **1.2. Leczenie pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego**<br>Łączne spełnienie następujących warunków:<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i intensywnego leczenia statynami w maksymalnie tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w połączeniu z ezetymibem.<br>Wymagane jest, aby całkowity okres leczenia trwał co najmniej 3 miesiące, w tym co najmniej 1 miesiąc leczenia skojarzonego (statyna w maksymalnych tolerowanych dawkach + ezetymib). W przypadku pacjentów z podejrzeniem rabdomiolizy związanej z podawaniem statyn okres leczenia ustalany jest przez lekarza prowadzącego zgodnie z wytycznymi ESC/EAS.<br>3) Przebyty zawał serca diagnozowany inwazyjnie, który wystąpił do 12 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz<br>a) z dodatkowo przebytym zawałem serca w wywiadzie i wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach<br>lub<br>b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako:<br>– choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.<br>i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85,<br>lub<br>ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych,<br>lub | | lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

| | | |
|---|---|---|
| iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej;<br>lub<br>– choroba tętnic mózgowych, tj.<br>i. przebyty udar mózgu niedokrwienny,<br>lub<br>ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA)<br>**1.3.** Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być ponadto kwalifikowani pacjenci, którzy otrzymują obecnie leczenie ewolokumabem lub alirokumabem i spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego w chwili rozpoczęcia leczenia ewolokumabem lub alirokumabem oraz nie spełnili kryteriów opisanych w pkt.3.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3.<br><br>**3. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku;<br>2) brak skuteczności po 3 miesiącach leczenia, rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% w stosunku do wartości wyjściowej określonej:<br>a) przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy, w przypadku pacjentów, u których była ona stosowana w chwili włączenia do programu lekowego,<br>b) w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą (w tym pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.2.), | | |

| | | |
|---|---|---|
| c) w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.3.<br><br>**3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br>1) hiperlipidemia wtórna;<br>2) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej;<br>3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (eGFR < 30 ml/min/1,73 $m^2$);<br>4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Childa-Pugha);<br>5) ciąża;<br>6) karmienie piersią;<br>7) nadwrażliwość na ewolokumab lub alirokumab lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. | | |

Załącznik B.102

# LECZENIE RDZENIOWEGO ZANIKU MIĘŚNI (ICD-10 G12.0, G12.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia rdzeniowego zaniku mięśni.<br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) Do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym;<br>2) W celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w ust. 3;<br>3) W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogene abeparvovec, risdiplamem 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 | **1. Dawkowanie**<br>Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).<br>W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.<br>W uzasadnionych kliniczne przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;<br>2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;<br>3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;<br>4) konsultacja rehabilitacyjna i/lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;<br>5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram);<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) konsultacja anestezjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego;<br>8) konsultacja ortopedyczna - w przypadku znacznej skoliozy;<br>9) konsultacja gastroenterologiczna i/lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta<br>10) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym. |

| | | |
|---|---|---|
| zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.<br>Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.<br>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.<br>Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) Zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;<br>2) Przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego;<br>3) Drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>4) Pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali: | | **2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki;<br>2) Badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących;<br>3) Ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;<br>4) Ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;<br>5) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;<br>6) Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;<br>7) Morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;<br>8) W przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym - test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej |

| | | |
|---|---|---|
| a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące, lub<br>b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące;<br>5) Wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii:<br>a) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>b) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego;<br>c) ciąża. | | udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.103.

# LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ WENETOKLAKSEM LUB WENETOKLAKSEM W SKOJARZENIU Z RYTUKSYMABEM (ICD 10: C.91.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW<br>W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNEWYKONYWANE<br>W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr><td colspan="3">Część I: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem (chorzy bez delecji 17p lub/i mutacji TP53)</td></tr>
<tr>
<td>1) Kryteria kwalifikacji:<br>Chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe łącznie:<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) stan sprawności wg ECOG 0–1;<br>3) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych.<br>4) brak del17p lub/i mutacji TP53 (mTP53);<br>5) stwierdzona:<br>a) oporność PBL po co najmniej 1 linii immunochemioterapii (definiowana jako brak odpowiedzi lub nawrót PBL do 6 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) lub<br>b) wczesny nawrót PBL po pierwszej 1 linii immunochemioterapii (definiowany jako progresja PBL pomiędzy 6. a 24 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia).</td>
<td>Dawkowanie:<br>1. Wenetoklaks:<br>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu 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:<br>1) Tydzień 1<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.<br>2) Tydzień 2<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.<br>3) Tydzień 3<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.<br>4) Tydzień 4<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.<br>5) Tydzień 5 i kolejne</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:<br>1) Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej:<br>a. morfologia krwi obwodowej wraz ze rozmazem;<br>b. badanie na obecność del17p lub/i mTP53;<br>c. ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);<br>d. badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ;<br>e. ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;<br>f. ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i rtg klatki piersiowej lub TK lub MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza).<br>2) EKG;<br>3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb);<br>4) test ciążowy.</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci leczeni wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem w ramach innych sposobów finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt 3.<br><br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu oraz 30 dni po zaprzestaniu leczenia wenetoklaksem i 12 mies. po zakończeniu leczenia rytuksymabem.<br><br>**2) Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie trwa do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg wenetoklaksu i podania rytuksymabu w 1 dniu 1 cyklu, o ile nie wystąpią kryteria uniemożliwiające udział w programie.<br><br>**3) Kryteria uniemożliwiające udział w programie:**<br>1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu;<br>2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny;<br>3) aktywne, ciężkie zakażenia;<br>4) stan silnie obniżonej odporności;<br>5) ciąża lub karmienie piersią;<br>6) nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów;<br>7) aktywne zapalenie wątroby typu B. | Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.<br>Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>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.<br><br>**2. Rytuksymab:**<br>Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia rytuksymabem następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki wenetoklaksu (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa rytuksymabu w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m$^2$ powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m$^2$ powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.<br><br>Leczenie wenetoklaksem w dawce 400 mg, zgodnie z ChPL, powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia rytuksymabem i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania rytuksymabu w 1 dniu pierwszego cyklu | **2. Monitorowanie leczenia:**<br>1) **W trakcie leczenia wenetoklaksem:**<br>Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) stężenie potasu;<br>c) stężenie kwasu moczowego;<br>d) stężenie fosforanów;<br>e) stężenie wapnia;<br>f) stężenie kreatyniny.<br><br>2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu :<br>• **co miesiąc** morfologia krwi z rozmazem;<br>• **co 3 miesiące:**<br>a) stężenie potasu,<br>b) stężenie kwasu moczowego;<br>c) stężenie fosforanów;<br>d) stężenie wapnia;<br>e) stężenie kreatyniny;<br>f) stężenie bilirubiny całkowitej;<br>g) ALT, AST;<br>h) aktywność LDH;<br><br>**Dodatkowo w okresie leczenia rytuksymabem:**<br>**co 28 dni** EKG.<br><br>**Ocena odpowiedzi na leczenie:**<br>Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona po 3 mies. terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok terapii, następnie co 6 miesięcy. |

| | | |
|---|---|---|
| **4) Kryteria wyłączenia z udziału w programie:**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka lub<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na weneteoklaks i/lub rytuksymab i/lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;<br>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL;<br>4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) podczas okresu leczenia rytuksymabem;<br>5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii;<br>6) ciąża lub karmienie piersią;<br>7) rezygnacja pacjenta. | | Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;<br>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;<br>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. |
| **Część II: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem (chorzy z delecją 17p lub mutacją *TP53*)** | | |
| **1) Kryteria kwalifikacji:**<br>Chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe kryteria łącznie:<br>1) wiek 18 lat i powyżej<br>2) stan sprawności wg ECOG 0–1<br>3) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych<br>4) potwierdzona obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji *TP53* (m*TP53*). | **Dawkowanie:**<br>**1. Wenetoklaks:**<br>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu 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:<br>**1) Tydzień 1**<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.<br>**2) Tydzień 2** | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej:<br>a. morfologia krwi obwodowej wraz ze rozmazem;<br>b. badanie na obecność del17p lub/i m*TP53;*<br>c. ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);<br>d. badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ;<br>e. ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta; |

Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu oraz 30 dni po zaprzestaniu leczenia wenetoklaksem i 12 mies. po zakończeniu leczenia rytuksymabem.

**2) Określenie czasu leczenia w programie:**
Leczenie w programie trwa do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg wenetoklaksu i podania rytuksymabu w 1 dniu 1 cyklu , o ile nie wystąpią kryteria uniemożliwiające udział w programie.

**3) Kryteria uniemożliwiające udział w programie:**

1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu
2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny
3) aktywne, ciężkie zakażenia
4) stan silnie obniżonej odporności
5) ciąża lub karmienie piersią
6) nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów
7) aktywne zapalenie wątroby typu B.

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

**3) Tydzień 3**

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

**4) Tydzień 4**

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.

**5) Tydzień 5 i kolejne**

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.

Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).

Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych ze wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.

**2. Rytuksymab:**

Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia rytuksymabem następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki wenetoklaksu (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa rytuksymabu w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi

f. ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i rtg klatki piersiowej lub TK lub MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza).

2) EKG;
3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb);
4) test ciążowy.

**2. Monitorowanie leczenia:**

1) **W trakcie leczenia wenetoklaksem:**

Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania:

a) morfologia krwi z rozmazem;
b) stężenie potasu;
c) stężenie kwasu moczowego;
d) stężenie fosforanów;
e) stężenie wapnia;
f) stężenie kreatyniny.

2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu :

- **co miesiąc** morfologia krwi z rozmazem;
- **co 3 miesiące:**

a) stężenie potasu,
b) stężenie kwasu moczowego;
c) stężenie fosforanów;
d) stężenie wapnia;
e) stężenie kreatyniny;
f) stężenie bilirubiny całkowitej;
g) ALT, AST;
h) aktywność LDH;

| | | |
|---|---|---|
| **4) Kryteria wyłączenia z udziału w programie:**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu<br>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL.<br>4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) podczas okresu leczenia rytuksymabem<br>5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii<br>6) ciąża lub karmienie piersią<br>7) rezygnacja pacjenta. | 375 mg/m$^2$ powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m$^2$ powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.<br><br>Leczenie wenetoklaksem w dawce 400 mg, zgodnie z ChPL, powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia rytuksymabem i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania rytuksymabu w 1 dniu pierwszego cyklu. | **Dodatkowo w okresie leczenia rytuksymabem:**<br>**co 28 dni** EKG.<br><br>**Ocena odpowiedzi na leczenie:**<br>Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona po 3 mies. terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok terapii, następnie co 6 miesięcy.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;<br>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;<br>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. |
| **Część III: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem (chorzy z delecją 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem)** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br><br>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:<br>A.<br>1) wiek 18 lat i powyżej; | **Dawkowanie wenetoklaksu:**<br>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg wg poniższego schematu::<br>**1) Tydzień 1** | **1. Badania do kwalifikacji:**<br>1) Badania niezbędne do ustalenia progresji przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej:<br>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>b) badanie na obecność delecji 17p lub/i m*TP53*; |

| | | |
|---|---|---|
| 2) obecność wskazań do leczenia wg propozycji International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IWCLL);<br>3) pacjenci z obecnością delecji w obszarze 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem<br>4) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>lub<br>B.<br>Pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie wenetoklaksem w ramach innych źródeł finansowania pod warunkiem spełniania kryteriów kwalifikacji (pkt A) przed pierwszorazowym podaniem wenetoklaksu.<br><br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i przez 30 dni po zaprzestaniu leczenia.<br>Do programu lekowego nie kwalifikuje się kobiet w ciąży.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br><br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia z programu:<br>1) nieakceptowalna toksyczność;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) ciąża lub karmienie piersią;<br>4) rezygnacja pacjenta. | Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.<br>**2) Tydzień2**<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.<br>**3) Tydzień 3**<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.<br>**4) Tydzień 4**<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 200mg na dobę w jednej dawce.<br>**5) Tydzień 5 i kolejne**<br>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.<br><br>Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).<br><br>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych ze zwiększonym 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. | c) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, mocznik, AST, ALT, bilirubina całkowita);<br>d) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ;<br>e) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;<br>f) ocena masy guza, w tym badania obrazowe (USG j. brzusznej i rtg klatki piersiowej lub TK lub MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza).<br>2) Test ciążowy.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:**<br>1) Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) stężenie potasu,<br>c) stężenie kwasu moczowego;<br>d) stężenie fosforanów;<br>e) stężenie wapnia;<br>f) stężenie kreatyniny;<br>2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu poniżej:<br>• **co miesiąc** morfologia krwi z rozmazem;<br>• **co 3 miesiące:**<br>a) stężenie potasu,<br>b) stężenie kwasu moczowego<br>c) stężenie fosforanów;<br>d) stężenie wapnia;<br>e) stężenie kreatyniny;<br>f) stężenie bilirubiny całkowitej;<br>g) ALT, AST; |

| | | |
|---|---|---|
| | | h) aktywność LDH.<br><br>3) Ocena odpowiedzi na leczenie.<br>Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie przeprowadzona po 3 miesiącach terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok od rozpoczęcia terapii, następnie co 6 miesięcy.<br><br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia |

Załącznik B.104.

# 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 Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem**<br>Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjentci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3.<br>Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4.<br>1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia;<br>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**<br>Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylnej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.<br><br>**Dawkowanie agalzydazy alfa**<br>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.<br><br>**Dawkowanie migalastatu**<br>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**<br>1) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3);<br>2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy(zgodnie z kryteriami kwalifikacji);<br>3) Morfologia krwi z rozmazem;<br>4) Wysokość i masa ciała;<br>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;<br>6) USG jamy brzusznej z oceną nerek;<br>7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej;<br>8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;<br>9) Rezonans magnetyczny mózgu; |

| | | |
|---|---|---|
| 3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem:<br>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;<br>b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetycznego wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA;<br>4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz GFR $\geq$ 30 ml/min/1,73 $m^2$;<br>Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu.<br>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);<br>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;<br>12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);<br>14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:<br>1) Wysokość i masa ciała;<br>2) Morfologia krwi z rozmazem;<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii.<br><br>**3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa lub migalastatem**<br>1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat);<br>2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu;<br>3) Jednoczasowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu;<br>4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa;<br>6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu;<br>7) GFR < 30 ml/min/1,73m$^2$ - dotyczy migalastatu:<br>8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby;<br>9) Ciąża lub laktacja; | | (eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram;<br>4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach);<br>5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;<br>6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba);<br>7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego<br>(w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku;<br>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;<br>9) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3);<br>10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach);<br>11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>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;<br>11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN;<br>12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu;<br>13) Końcowe stadium choroby Fabry'ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem**<br>1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych;<br>3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzonem lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;<br>4) Ciąża lub laktacja;<br>5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia;<br>6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.105.

# LECZENIE ZAPALENIA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) – CZĘŚĆ POŚREDNIA, ODCINEK TYLNY LUB CAŁA BŁONA NACZYNIOWA (ICD-10 H 20.0, H 30.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN opisane w *standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature)*.<br><br>Do leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria (*konieczne jest łączne spełnienie kryteriów przedstawionych w punkcie a i b oraz jednego z kryteriów wskazanych w punkcie c, d i e*).<br>a) wiek chorego ≥ 18 r.ż.;<br>b) chorzy z niezakaźnym przewlekłym, przetrwałym lub nawrotowym ZBN (części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej);<br>c) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby przy dawce ≤ 10 mg prednizolonu (lub dawce równoważnej innego leku steroidowego) lub terapii lekami immunosupresyjnymi, lub kombinacji leczenia obu typami leków po kursie leczenia trwającym 15 tygodni. Choroba nieaktywna definiowana jest jako:<br>— brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki i siatkówki i/lub naczyń siatkówki,<br>— stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka ≤0,5+ według kryteriów SUN, | **1. Dawkowanie:**<br>Dawka początkowa adalimumabu u dorosłych pacjentów wynosi 80 mg podskórnie, a następnie po upływie jednego tygodnia od podania dawki początkowej stosuje się dawkę 40 mg podskórnie podając adalimumab co drugi tydzień.<br><br>Chorzy stosujący terapię steroidową w chwili włączenia do programu powinni ją kontynuować. Dawka kortykosteroidu powinna być jednak systematycznie zmniejszana zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem:**<br>W ramach kwalifikacji chorego do udziału w programie należy wykonać następujące badania:<br>a) morfologia krwi obwodowej lub morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>b) płytki krwi (PLT);<br>c) odczyn Biernackiego (OB);<br>d) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>e) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>f) poziom kreatyniny w surowicy;<br>g) białko C-reaktywne;<br>h) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>i) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>j) testu na kiłę;<br>k) testu na boreliozę;<br>l) obecność antygenu HBs;<br>m) przeciwciała anty-HCV;<br>n) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>o) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>p) RTG klatki piersiowej z opisem (do 6 miesięcy przed kwalifikacją); |

| | | |
|---|---|---|
| — stopień przymglenia ciała szklistego oka ≤0,5+ według kryteriów SUN;<br>d) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące w czasie do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub stabilizacji po odstawieniu obu typu leków trwającej krócej niż 3 miesiące;<br>e) występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych.<br>Do programu włączani są również chorzy, którzy byli uprzednio leczeni w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) adalimumabem, pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu.<br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia adalimumabem oraz w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>W przypadku braku powikłań leczenie prowadzone powinno być 24 miesiące.<br>Za remisję należy uznać brak aktywności według kryteriów SUN trwający więcej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia.<br>W przypadku nawrotów pacjent może być włączony do programu zgodnie z kryteriami włączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**:<br>W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu:<br>1) niepowodzenie leczenia - wystąpienie w co najmniej 1 oku co najmniej 1 z poniższych zmian w czasie co najmniej 6 tygodni (chorzy z aktywną postacią ZBN) od rozpoczęcia terapii adalimumabem: | | q) EKG z opisem;<br>r) konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego.<br>s) konsultację ginekologiczną z wykluczeniem ciąży;<br>t) ocena stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklistego według kryteriów SUN;<br>u) badanie okulistyczne z oceną najlepszej skorygowanej ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS, pomiarem ciśnienia wewnątrzgałkowego, oceną dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT), ocena gałki ocznej w badaniu ultrasonograficznym typ B.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia adalimumabem:**<br>1) Monitorowanie stanu miejscowego na podstawie badania okulistycznego:<br>a) przed podaniem pierwszej dawki leku;<br>b) przed podaniem 5 dawki leku z oceną skuteczności leczenia w stosunku do stanu wyjściowego;<br>c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku.<br>Badanie okulistyczne powinno obejmować:<br>— ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali na tablicach Snellena lub EDTRS,<br>— pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego,<br>— ocenę przedniego odcinka i dna oka, |

| | | |
|---|---|---|
| — powstanie nowych aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki,<br>— pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o ≥ 15 liter (≥3 linie wg Snellena),<br>— stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz przymglenie ciała szklistego oka wynoszące ≥0,5 dla pacjentów, którzy osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN,<br>— zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka lub przymglenie ciała szklistego o ≥ 2 stopnie lub zwiększenie z +3 na +4 według kryteriów SUN;<br>2) nadwrażliwość na adalimumab;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;<br>4) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:<br>— niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),<br>— nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),<br>— brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).<br><br>**4. Przeciwwskazania do udziału w programie:**<br>W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent nie może być włączony programu:<br>1) aktywne zakażenia (ostre lub przewlekłe) bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze (szczególnie gruźlica, infekcja wirusem HIV lub WZW typu B);<br>2) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego (klasa III/IV według NYHA);<br>3) niestabilna choroba wieńcowa;<br>4) przewlekła niewydolność oddechowa;<br>5) przewlekła niewydolność nerek; | | — ocena plamki w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT).<br>Kryteria oceny skuteczności. Pogorszenie oceniane jest zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Za poprawę uważa się:<br>— zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklistego o ≤ 2 według kryteriów SUN przy stanie początkowym większym lub równym 2,<br>— zmniejszenia liczby komórek w komorze przedniej lub przymglenia ciała szklistego do poziomu 0 według kryteriów SUN przy stanie początkowym mniejszym niż 2,<br>— zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki,<br>— poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku o 3 linie według Snellena lub 15 liter na tablicy EDTRS w stosunku do wartości wyjściowych bądź stabilizację ostrości wzroku.<br><br>2) Monitorowanie stanu ogólnego na podstawie badań:<br>a) przed podaniem 3 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT);<br>b) przed podaniem 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT); |

| | | |
|---|---|---|
| 6) przewlekła niewydolność wątroby;<br>7) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>8) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby;<br>9) ciąża lub karmienie piersią;<br>10) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie do 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;<br>11) ZBN przedniej komory oka;<br>12) podejrzewane lub potwierdzone zakaźne ZBN;<br>13) choroidopatia pełzająca;<br>14) zmętnienie rogówki lub soczewek uniemożliwiające ocenę dna oka;<br>15) zaćma kwalifikowana do operacji i uniemożliwiająca monitorowanie wyników leczenia w programie przez okres 24 miesiące;<br>16) niekontrolowana jaskra (brak regulacji ciśnienia wewnątrzgałkowego i stabilizacji zmian w polu widzenia przy ≥2 liczbie leków przeciwjaskrowych) mogąca wymagać leczenia operacyjnego w ciągu 24 miesięcy;<br>17) najlepsza skorygowana ostrość wzroku do dali <0,4 według Snellena (<20 liter EDTRS) w co najmniej jednym oku;<br>18) proliferacyjna retinopatia cukrzycowa lub nieproliferacyjna retinopatia cukrzycowa o ciężkim przebiegu bądź istotny klinicznie obrzęk plamki żółtej z powodu retinopatii cukrzycowej;<br>19) wysiękowa postać zwyrodnienie plamki związanego z wiekiem;<br>20) patologie złącza szklistkowo-siatkówkowego potencjalnie prowadzące do uszkodzenia struktury plamki żółtej niezależnie od procesu zapalnego;<br>21) brak przejrzystości ciała szklistego uniemożliwiający monitorowanie przebiegu leczenia;<br>22) obrzęk plamki żółtej jako jedyny objaw ZBN;<br>23) zapalenie nadtwardówki i twardówki. | | c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT) – do decyzji lekarza prowadzącego;<br>d) co 6 miesięcy należy wykonać próbę tuberkulinową lub test Quantiferon;<br>e) co 6 miesięcy należy przeprowadzić konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.106.

# PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji<br>Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:<br>1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych<br>lub<br>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)<br>lub<br>1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br>Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.</td>
<td>Entekawir: 0,5 mg 1x dobę<br>lub<br>Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę<br><br>Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) HBsAg<br>2) anty-HBs<br>3) anty-HBc IgG/całkowite<br>4) HBV DNA ilościowe<br>5) morfologia krwi<br>6) ALT<br>7) kreatynina<br><br>2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:<br>1) ALT<br>2) HBV DNA<br><br>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:<br>1) HBV DNA</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy. | | **4. Monitorowanie programu**<br>1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych.<br>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.<br>3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

Załącznik B.107.

# LECZENIE PRZEWLEKŁEJ POKRZYWKI SPONTANICZNEJ (ICD-10: L50.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek≥ 12. roku życia;<br>2) udokumentowana co najmniej 6 miesięczna historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu (licząc od dnia pojawiania się objawów pokrzywki);<br>3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami:<br>a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7≥ 28<br>oraz<br>b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI≥10;<br>4) oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni;<br>5) W przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia. | **1. Dawkowanie omalizumabu**<br>Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie.<br>1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach 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.<br>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 tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu<br>2) ocena nasilenia objawów pokrzywki:<br>a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7,<br>b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) CRP;<br>5) TSH;<br>6) aminotransferaza alaninowa (ALAT);<br>7) kreatynina i mocznik w surowicy;<br>8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:**<br>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI);<br>2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych. |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Kryteria wyłączenia**<br>1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych, jako UAS7>16 lub DLQI≥10;<br>2) ciąża lub laktacja;<br>3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu;<br>4) izolowany obrzęk naczynioruchowy;<br>5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych;<br>6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa;<br>7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi;<br>8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Po upływie 24 tygodni 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.<br>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 | 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.<br>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta.<br>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy. | **2.2. Po 12 i 24 tygodniu leczenia:**<br>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI);<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) CRP;<br>4) TSH;<br>5) aminotransferaza alaninowa (ALAT);<br>6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu.<br><br>**3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące**<br>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI);<br>2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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; |

| | | |
|---|---|---|
| poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.<br>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.<br>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumaebm o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.<br><br>**4. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu:<br>a) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu<br>albo<br>b) planowej przerwy w leczeniu.<br>Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz. | | 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.108.

# LECZENIE AGRESYWNEGO I OBJAWOWEGO, NIEOPERACYJNEGO, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO LUB PRZERZUTOWEGO RAKA RDZENIASTEGO TARCZYCY (ICD-10 C73)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie wandetanibem dorosłych chorych z agresywnym i objawowym, nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem rdzeniastym tarczycy, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie;<br>2) leczenie chorych w stadium choroby miejscowo zaawansowanej lub uogólnionej po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii;<br>3) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;<br>4) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu: konieczność udokumentowania progresji według kryteriów RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia wandetanibem;<br>5) obecność zmian możliwych do zmierzenia według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);<br>6) zadowalająca wydolność wątroby i nerek:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5 razy górnej granicy normy (kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta),<br>b) stężenie AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej lub nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby,<br>c) klirens kreatyniny co najmniej 30 ml/min; | **1. Dawkowanie wandetanibu**<br>Maksymalnie do 300 mg na dobę zgodnie z ChPL aktualnym na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie AlAT;<br>3) oznaczenie AspAT;<br>4) oznaczenie stężenia potasu;<br>5) oznaczenie stężenia wapnia;<br>6) oznaczenie stężenia magnezu;<br>7) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>8) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>9) oznaczanie stężenia kalcytoniny;<br>10) oznaczenie stężenia TSH;<br>11) badanie ogólne moczu;<br>12) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej;<br>13) EKG z oceną odstępu QTc;<br>14) TK lub NMR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby;<br>15) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>16) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K; |

| | | |
|---|---|---|
| 7) prawidłowe wartości stężenia potasu, magnezu i wapnia w surowicy krwi; stężenie potasu powinno wynosić >4mmol/l;<br>8) odstęp QTc < 480 ms w zapisie EKG;<br>9) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji Zubroda – ECOG - WHO;<br>10) wiek powyżej 18 lat;<br>11) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym;<br>12) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia;<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni wandetanibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia wandetanibem**<br>1) Leczenie trwa do momentu progresji choroby lub do czasu, gdy ryzyko leczenia przewyższa korzyści z jego kontynuacji.<br>2) W przypadku zdarzenia 3. stopnia według wspólnej terminologii kryteriów dla działań niepożądanych (CTCAE) lub większej toksyczności lub wydłużenia odstępu QT (QTc w zapisie EKG) >500 ms, należy przynajmniej tymczasowo przerwać stosowanie wandetanibu, a kiedy objawy toksyczności ustąpią lub ulegną poprawie do stopnia 1. w skali CTCAE, wznowić jego stosowanie w zmniejszonej dawce.<br><br>**1.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**<br>1) wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc;<br>2) czas trwania odstępu QTc powyżej 480 ms podczas kwalifikacji do programu;<br>3) jednoczesne stosowanie produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie częstoskurczu torsades de pointes (związki arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyfloksacyna, leki przeciwarytmiczne klas IA oraz III);<br>4) częstoskurcz torsades de pointes w wywiadzie, jeśli nie wszystkie czynniki ryzyka zostały skorygowane;<br>5) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min); | | 17) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:**<br>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;<br>2) oznaczenie stężenia potasu;<br>3) oznaczenie stężenia wapnia;<br>4) oznaczenie stężenia magnezu.<br><br>**2.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:**<br>1) oznaczenie AlAT;<br>2) oznaczenie AspAT;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;<br>6) oznaczanie stężenia kalcytoniny (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);<br>7) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);<br>8) badanie EKG z oceną QTc;<br>9) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane).<br><br>**2.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie AlAT;<br>3) oznaczenie AspAT;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny; |

| | | |
|---|---|---|
| 6) zaburzenia czynności wątroby:<br>a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta),<br>b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby;<br>7) zabieg operacyjny w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia;<br>8) radioterapia w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia;<br>9) ciężkie lub niekontrolowane (według oceny lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące w tym:<br>a) zawał serca w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,<br>b) niestabilna choroba wieńcowa,<br>c) poważne zaburzenia rytmu serca,<br>d) objawowa niewydolność serca ≥ NYHA 2,<br>e) ciśnienie tętnicze ≥160/100 mm Hg mimo farmakoterapii,<br>f) udar mózgu (w tym TIA) w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,<br>g) incydent zakrzepowo-zatorowy w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,<br>h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,<br>i) przetoka w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,<br>j) perforacja przewodu pokarmowego,<br>k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych,<br>l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS),<br>10) ciąża i karmienie piersią;<br>11) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.<br><br>**1.4. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie istotnych objawów nadwrażliwości na wandetanib;<br>2) konieczność jednoczesnego stosowania produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie torsades de pointes (związki | | 5) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>6) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;<br>7) oznaczanie stężenia kalcytoniny;<br>8) oznaczenie stężenia TSH;<br>9) badanie ogólne moczu;<br>10) badanie TK/NMR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:**<br>1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyfloksacyna, leki przeciwarytmiczne klas IA oraz III);<br>3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min);<br>4) zaburzenia czynności wątroby:<br>a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta)<br>b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby;<br>5) konieczność wykonania zabiegu operacyjnego;<br>6) konieczność wykonania zabiegu radioterapii;<br>7) wystąpienie ciężkich lub niekontrolowanych (według oceny lekarza prowadzącego) chorób towarzyszących w tym:<br>a) zawał serca,<br>b) niestabilna choroba wieńcowa,<br>c) poważne zaburzenia rytmu serca,<br>d) objawowa niewydolność serca ≥ NYHA 2,<br>e) ciśnienie tętnicze ≥160/100 mm Hg mimo farmakoterapii,<br>f) udar mózgu (w tym TIA),<br>g) incydent zakrzepowo-zatorowy,<br>h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego,<br>i) przetoka,<br>j) perforacja przewodu pokarmowego,<br>k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych,<br>l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS),<br>8) ciąża i karmienie piersią;<br>9) brak zgody na stosowanie antykoncepcji w trakcie trwania leczenia. | | |

Załącznik B.109.

# LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBACH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br>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<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)**<br>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynuri oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.<br><br>**1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)**<br>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.<br>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.<br><br>**1. Dawkowanie**<br>**1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)** | Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych.<br><br>**1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) Badanie podmiotowe;<br>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);<br>3) Stężenie karnityny wolnej;<br>4) Stężenie karnityny całkowitej;<br>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):**<br>1) Badanie podmiotowe;<br>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);<br>3) Stężenie karnityny wolnej;<br>4) Stężenie karnityny całkowitej;<br>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas. |

| | | |
|---|---|---|
| zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.<br><br>**1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)**<br>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.<br><br>**1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)**<br>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.<br><br>**1.5. Acyduria propionowa (PA)**<br>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.<br><br>**1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2**<br>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficytu CACT, lub deficytu CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.<br><br>**1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)** | Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.5. Acyduria propionowa (PA)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 30 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)** | **3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>**1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)**<br>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.<br><br>**1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)**<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę | Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. | |

Załącznik B.110.

# LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓŁCZULNYM (ICD-10 C47)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii**<br>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym" powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**2. Rodzaje programów**<br>**A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem**<br>**A.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS)<br>2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako:<br>a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania,<br>lub<br>b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania,<br>3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym | **Dawkowanie:**<br>Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się jest 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).<br>Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m$^2$/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni.<br>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 opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu | **A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem**<br>**A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii**<br>1) Pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia:<br>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),<br>b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy<br>c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub badanie PET),<br>d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,<br>e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej |

| | | |
|---|---|---|
| protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych,<br>4) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii,<br>5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia,<br>6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu),<br>7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta,<br>8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie,<br>9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV),<br>10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.<br>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.<br><br>**A.2. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) rozległa przewlekła albo ostra 3. lub 4. stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD),<br>2) ciąża i karmienie piersią<br>3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu,<br>4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami,<br>5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia | Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta.<br>Jeżeli wystąpienie działań niepożądanych przypisywane jest działaniu IL-2, leczenie można kontynuować z zastosowaniem monoterapii dinutuksymabem beta.<br>Równolegle z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL. | (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu.<br>2) ocena funkcji narządów:<br>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG<br>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem ($SATO_2$) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,<br>c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,<br>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,<br>e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR<br>f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,<br>g) ocena słuchu<br>h) badanie EEG<br>i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV<br>j) zdjęcie klatki piersiowej<br><br>**A.2. Monitorowanie leczenia**<br>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:<br>a) odpowiednia saturacja krwi ($SpO_2$) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem, |

| | | |
|---|---|---|
| 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC),<br>7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.<br><br>**A.3. Określenie czasu leczenia według programu**<br>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.<br><br>**A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie**<br>1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:<br>a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,<br>b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,<br>c) zespół przesiękania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,<br>d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,<br>e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia,<br>f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii;<br>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):<br>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, | | b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych<br>c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotrasferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,<br>d) odpowiednia czynność nerek<br>2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (podanie interleukiny-2 definiowane jest jako 1. dzień cyklu; pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 8. dzień cyklu); badania w pierwszym dniu cyklu obowiązkowe są wyłącznie w przypadku podawania IL2<br>a) morfologia krwi: 1, 8, 15 i 18 doba<br>b) badania biochemiczne: 1, 8, 15 i 18 doba<br>c) CRP: 1, 8, 15 i 18 doba<br>d) układ krzepnięcia: 1 i 8 doba<br>e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2<br>f) EKG w 8. i 18. dobie<br>g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego<br>3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:<br>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,<br>b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,<br>c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),<br>d) Ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie |

| | | |
|---|---|---|
| b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,<br>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli),<br>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2. stopnia WHO CTC,<br>e) neuropatia obwodowa 3. stopnia,<br>f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC,<br>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,<br>h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC,<br>i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC,<br>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego**<br>Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych).<br><br>**B.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS)<br>2) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii<br>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<br>lub | | pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET.<br><br>**B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego**<br>**B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii**<br>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:<br>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),<br>b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy<br>c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub PET),<br>d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,<br>e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu,<br>2) ocena funkcji narządów:<br>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG<br>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem ($SpO_2$) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, |

| | | |
|---|---|---|
| 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,<br>w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący<br>lub<br>stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania,<br>lub<br>stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka,<br>4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie,<br>5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią,<br>6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu),<br>7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV),<br>8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia,<br>9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.<br>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. | | c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,<br>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,<br>e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,<br>f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,<br>g) ocena słuchu,<br>h) badanie EEG,<br>i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,<br>j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej.<br><br>**B.2. Monitorowanie leczenia**<br>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:<br>a) odpowiednia saturacja krwi tlenem ($SpO_2$) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,<br>b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl,<br>c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,<br>d) odpowiednia czynność nerek;<br>2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (podanie interleukiny-2 definiowane jest jako 1. dzień cyklu; pierwszy |

| | | |
|---|---|---|
| **B.2. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) rozległa przewlekła albo ostra 3. lub 4. stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD),<br>2) ciąża i karmienie piersią,<br>3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu,<br>4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami,<br>5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia<br>6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC),<br>7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.<br><br>**B.3. Określenie czasu leczenia według programu**<br>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.<br><br>**B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie**<br>1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:<br>a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,<br>b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,<br>c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, | | dzień podania dinutuksymabu beta to 8. dzień cyklu); badania w pierwszym dniu cyklu obowiązkowe są wyłącznie w przypadku podawania IL2:<br>a) morfologia krwi: 1, 8, 15 i 18 doba,<br>b) badania biochemiczne: 1, 8, 15 i 18 doba,<br>c) CRP: 1, 8, 15 i 18 doba,<br>d) układ krzepnięcia: 1 i 8 doba,<br>e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,<br>f) EKG w 8. i 18. dobie,<br>g) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego,<br>3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:<br>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,<br>b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,<br>c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),<br>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).<br><br>**C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych**<br>1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), |

| | | |
|---|---|---|
| d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,<br>e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia,<br>f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii.<br>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):<br>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,<br>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,<br>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli),<br>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2. stopnia WHO CTC,<br>e) neuropatia obwodowa 3. stopnia,<br>f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC,<br>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,<br>h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC,<br>i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC,<br>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. | | 2) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu,<br>3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,<br>4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu,<br>5) ocena funkcji narządów:<br>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG<br>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem ($SpO_2$) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,<br>c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej,<br>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,<br>e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,<br>6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,<br>7) ocena słuchu,<br>8) badanie EEG,<br>9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,<br>10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej),<br>11) ocena hormonów tarczycy,<br>12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).<br><br>**D. 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";<br>2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.<br>4) Zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych<br>5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym". |

Załącznik B.111.

# LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU TERAPII PROMUJĄCEJ WZRASTANIE (ICD-10 E23.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Terapii Promującej Wzrastanie powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>A. Kryteria kwalifikacji<br>1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH);<br>2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego;<br>3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie:<br>a) u osób dorosłych nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult onset GHD – AO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);<br>b) u młodzieży i osób dorosłych leczonych wcześniej z powodu GHD (childhood onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach</td>
<td>A. Dawkowanie<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.</td>
<td>A. Badania przy kwalifikacji do leczenia<br>1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;<br>2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);<br>5) ocena stężenia IGF-I;<br>6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej ($HbA_1c$) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii;<br>7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;<br>8) oznaczenie stężenia TSH i FT4;<br>9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384];<br>10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych;<br>11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD, lub w jednym teście w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);<br>c) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzeniem przyczyny organicznej lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstąpienie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-I;<br>4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności MRI okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**B. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**C. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego;<br>2) ciężkie stany zagrażające życiu;<br>3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH;<br>4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie); | | powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z argininą;<br>12) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem);<br>13) USG jamy brzusznej;<br>14) EKG, ewentualnie USG serca;<br>15) badanie dna oka;<br>16) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**B. Monitorowanie leczenia**<br>1) po 30 dniach od rozpoczęcia terapii:<br>a) pomiar stężenia IGF-I w celu ustalenia dawki optymalnej.<br>2) co 180 dni:<br>a) ocena masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;<br>b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>c) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);<br>d) określenie odsetka HbA1c;<br>e) ocena stężenia IGF-I;<br>f) oznaczenie stężenia TSH i FT4;<br>g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;<br>h) ocena QoL;<br>i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. |

| | | |
|---|---|---|
| 5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia (ocena po 12 i 24 miesiącach);<br>6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy. | | **C. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.112.

# LECZENIE MUKOWISCYDOZY (ICD-10 E84)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji<br>Do leczenia kwalifikowani są chorzy, spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:<br>1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy;<br>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 u chorych w wieku 12 miesięcy i starszych;<br>3) regularna opieka ośrodka specjalizującego się w opiece nad chorymi na mukowiscydozę (minimum 3 udokumentowane konsultacje lekarskie w ciągu ostatnich 12 miesięcy);<br>4) pozytywna opinia minimum 2 lekarzy, w tym jednego z co najmniej 10-letnim doświadczeniem klinicznym w pracy z chorymi na mukowiscydozę.<br><br>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu<br>1) nadwrażliwość na iwakaftor lub jakąkolwiek substancję pomocniczą zawartą w leku;<br>2) stan po przeszczepieniu narządu;<br>3) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią;</td>
<td>Dawkowanie<br>Dawkowanie leku zgodnie z aktualnie obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego Kalydeco na dzień wydania decyzji refundacyjnej.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:<br>1) test potowy;<br>2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu);<br>3) aminotransferaza alaninowa;<br>4) aminotransferaza asparaginowa;<br>5) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła;<br>6) konsultacja okulistyczna.<br>W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia<br>1) RTG klatki piersiowej.<br><br>2. Monitorowanie leczenia<br>1) test potowy po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku;<br>2) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu) po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;<br>3) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 4) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy;<br>5) dziedziczna nietolerancja galaktozy, niedobór laktazy (typu Lapp) lub z zespół złego wchłaniania glukozy-galaktozy;<br>6) konieczność stosowania silnych induktorów izoenzymu CYP3A takich jak: ryfampicyna, ryfabutyna, fenobarbital, karbamazepina, fenytoina i ziele dziurawca;<br>7) brak zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu chorych z mukowiscydozą, decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na iwakaftor lub którykolwiek ze składników preparatu;<br>2) przeszczepienie narządu;<br>3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy (po ustabilizowaniu aktywności tych enzymów na poziomie poniżej 5-krotności górnej granicy normy, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego);<br>4) konieczność stosowania silnych induktorów izoenzymu CYP3A, takich jak : ryfampicyna, ryfabutyna, fenobarbital, karbamazepina, fenytoina i ziele dziurawca;<br>5) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha); | | 4) aktywność aminotransferazy alaninowej i asparaginowej po 3, 6, i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;<br>5) konsultacja okulistyczna raz w roku.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) zgodnie z opisem programu i wymogami NFZ;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 6) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią);<br>7) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych. | | |

Załącznik B.113.

# LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAMI NEREK (ICD-10 N18)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:<br>1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO;<br>2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego;<br>3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. *Subjective Global Assessment*); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia >1500/mm$^{3;}$<br>4) BMI w granicach normy;<br>5) redukcja eGFR <2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją;<br>6) proteinuria <1 g/g kreatyniny w moczu;<br>7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN;<br>8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka; | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka leku Ketosteril® wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków.<br>Ponadto od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę. | **1. Badania przy kwalifikacji do programu**<br>1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN);<br>2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD;<br>3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;<br>4) badanie krwi z oceną stężenia: białka C-reaktywnego, albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, wodorowęglanów i glukozy oraz ocena aktywności fosfatazy zasadowej oraz liczby limfocytów/mm$^3$;<br>5) badanie ogólne moczu i ocena stężenia wydalania białka i fosforu;<br>6) ocena BMI.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania wykonywane co 30 dni:<br>a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN);<br>b) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; |

| | | |
|---|---|---|
| 9) wiek ≥18 lat.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:**<br>Do programu nie mogą być zakwalifikowani pacjenci w przypadku spełnienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:<br>1) zakwalifikowanie do leczenia nerkozastępczego;<br>2) chorzy w trakcie leczenia nerkozastępczego;<br>3) brak współpracy pacjenta w zakresie dotychczasowej terapii i kontroli;<br>4) udokumentowane zaburzenia metabolizmu aminokwasów;<br>5) hiperkalcemia;<br>6) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;<br>7) istotne choroby towarzyszące (cukrzyca, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);<br>8) anoreksja;<br>9) zła tolerancja leczenia lub wcześniejsza nie tolerancja leczenia;<br>10) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. *Subjective Global Assessment*).<br><br>**4. Kryteria wyłączania z programu**<br>Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: | | c) badanie krwi z oceną stężenia: albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, limfocytów, mocznika, kwasu moczowego i glukozy;<br>d) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr);<br>2) badania wykonywane co 90 dni:<br>a) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy;<br>b) ocena aktywności fosfatazy zasadowej;<br>c) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD;<br>d) ocena BMI.<br>3) konsultacje wykonywane co 30 dni:<br>a) konsultacja nefrologiczna;<br>b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety;<br>4) po roku leczenia ketoanalogami aminokwasów wykonuje się ocenę hamowania progresji choroby na podstawie spadku eGFR.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; |

| | | |
|---|---|---|
| 1) spełnienie co najmniej jednego z kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 3, 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO;<br>4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę. | | 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.114.

# LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10 C 92.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do programu**<br>1) noworozpoznana ostra białaczka szpikowa (ang. *acute myeloid leukaemia* – AML) z udokumentowaną obecnością mutacji genu *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]);<br>2) pacjenci ≥18 r.ż., kwalifikujący się do intensywnej chemioterapii indukującej;<br>3) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria wykluczające udział w programie**<br>1) ostra białaczka promielocytowa;<br>2) ciężka niewydolność wątroby;<br>3) ciężka niewydolność serca;<br>4) czynne, ciężkie zakażenie;<br>5) ciąża lub karmienie piersią;<br>6) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą; | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka midostauryny wynosi 50 mg doustnie dwa razy na dobę.<br><br>Midostaurynę podaje się od 8. do 21. dnia 28-dniowych cykli:<br>1) chemioterapii indukującej daunorubicyną i cytarabiną;<br>2) chemioterapii konsolidującej wysokodawkową cytarabiną;<br><br>Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) ocena stanu ogólnego (ECOG/WHO);<br>2) ocena chorób współistniejących (HCT-CI);<br>3) badania laboratoryjne:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, $Na^+$, $K^+$, $Ca^{++}$, glukoza, bilirubina, AST, ALT,;<br>c) koagulogram: APTT, PT, fibrynogen;<br>d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>4) badanie na obecność mutacji *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]).<br>5) EKG<br>6) ECHO serca (do decyzji lekarza);<br>7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza);<br>8) punkcja lędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim jeżeli był podany) cyklu |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria zakończenia udziału w programi**<br>1) ciąża lub karmienie piersią;<br>2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet: po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego;<br>3) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;<br>4) wznowa choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii podtrzymującej;<br>5) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego);<br>6) rezygnacja pacjenta.<br><br>**4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie**<br>1) leczenie indukujące – 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),<br>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 – do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy;<br><br>U pacjentów będących biorcami przeszczepu krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. *stem cell transplant* - SCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego SCT. | | indukującym;<br>2) Co najmniej dwa razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej oraz raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) Raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:<br>a) elektrolity: $Na^{+}$, $K^{+}$, $Ca^{++}$;<br>b) biochemia: AST, ALT,; kreatynina, , glukoza, bilirubina;<br>c) koagulogram: APTT, PT<br>4) Badanie EKG przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.115.

# LECZENIE AGRESYWNEJ MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ, MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ Z WSPÓŁISTNIEJĄCYM NOWOTWOREM UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO ORAZ BIAŁACZKI MASTOCYTARNEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.9)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. *aggressive systemic mastocytosis* – ASM), mastocytoza układowa z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego (ang. *systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm* – SM-AHN) lub białaczka mastocytarna (ang. *Mast cell leukemia* – MCL);<br>2) obecność jednego lub więcej objawów wynikających z nacieku komórkami tucznymi:<br>a) neutropenia <$1x10^9$/L i/lub niedokrwistość <10 g/dL i/lub małopłytkowość <$100x10^9$/L;<br>b) powiększona wątroba z wodobrzuszem i/lub zwiększonym stężeniem transaminaz i/lub nadciśnieniem wrotnym;<br>c) splenomegalia z hipersplenizmem;<br>d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i utratą wagi ciała;<br>e) nasilona osteoliza i/lub osteoporoza i/lub patologiczne złamania kości;<br>3) wiek ≥18 lat;<br>4) stan ogólny ECOG 0-2; | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka midostauryny wynosi 100 mg doustnie dwa razy na dobę.<br>Midostaurynę podaje się w 28-dniowych cyklach.<br>Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) ocena stanu ogólnego (ECOG);<br>2) badania laboratoryjne:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;<br>c) APTT, PT, fibrynogen;<br>d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>3) EKG (ECHO serca w przypadku wywiadu kardiologicznego i/lub zmian w EKG);<br>4) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę;<br>5) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117);<br>6) badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT;<br>7) ocena stężenia tryptazy w surowicy.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym |

| | | |
|---|---|---|
| 5) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego;<br>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.<br>Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni midostauryną w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**2. Kryteria wykluczające udział w programie**<br>1) ciężka niewydolność wątroby;<br>2) objawowa zastoinowa niewydolność serca;<br>3) czynne, ciężkie zakażenie;<br>4) ciąża lub karmienie piersią;<br>5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**3. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) ciąża lub karmienie piersią;<br>2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;<br>4) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego);<br>5) rezygnacja pacjenta. | | roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;<br>c) APTT, PT;<br>d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach.<br>2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia:<br>a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy;<br>b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące.<br>3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia:<br>a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy;<br>b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na |

| | | |
|---|---|---|
| **4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie**<br>Terapię należy kontynuować w cyklach 28-dniowych tak długo, jak długo obserwuje się korzyści kliniczne leczenia i/lub nie zachodzą kryteria z pkt. 3. | | zakończenie leczenia;<br>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.116.

# LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA SZYJKI MACICY (ICD-10 C 53)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie raka szyjki macicy przy wykorzystaniu substancji czynnej bewacyzumab**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka szyjki macicy;<br>2) przetrwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;<br>3) niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii cisplatyną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego<br>4) czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie;<br>5) stan sprawności 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>6) wiek powyżej 18 roku życia;<br>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1 x $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl;<br>9) wskaźniki koagulogiczne: | **1. Bewacyzumab** – 15 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut – dzień 1<br>Rytm co 3 tygodnie<br>Całkowity czas aktywnej terapii bewacyzumabem trwa:<br>a) do czasu wystąpienia progresji choroby<br>albo<br>b) do wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym;<br>Bewacyzumab podaję się w skojarzeniu z chemioterapią (rozliczaną z NFZ z katalogu chemioterapii) prowadzoną w następujący sposób:<br>– **paklitaksel** 135 $mg/m^2$ (wlew 24-godzinny)– dzień 1<br>– **cisplatyna 50 $mg/m^2$ –** dzień 2<br>lub<br>– **paklitaksel** 175 $mg/m^2$ (wlew 3-godzinny)– dzień 1<br>– **cisplatyna 50 $mg/m^2$ –** dzień 1<br>Rytm: co 3 tygodnie | **1. Leczenie raka szyjki macicy przy wykorzystaniu substancji czynnej bewacyzumab**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka szyjki macicy;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie w surowicy stężenia:<br>a) mocznika,<br>b) kreatyniny (eGFR),<br>c) bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),<br>5) oznaczenie czasu kaolinowokefalinowego (APTT);<br>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);<br>7) badanie ogólne moczu; po RTH białkomocz, kwinkomocz i leukocyturia<br>8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;<br>9) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; |

| | | |
|---|---|---|
| a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) w zakresie wartości prawidłowych,<br>b) czas protrombinowy (PT) lub międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) w zakresie wartości prawidłowych<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2- krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),<br>b) atywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) stężenie kreatyniny w surowicy stężenie kreatyniny poniżej 1,5xGGN lub klirens kreatyniny powyżej 30 ml/min<br>11) wykluczenie przeciwskazań do zastosowania bewacyzumabu, którymi są:<br>a) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,<br>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,<br>c) niestabilne nadciśnienie tętnicze,<br>d) niestabilna choroba niedokrwienna serca,<br>e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,<br>f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,<br>g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,<br>h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (z wyłączeniem stosowania w dawkach profilaktycznych)<br>i) niegojące się rany,<br>j) białkomocz poniżej 2+ w teście paskowym lub stężenie białka w moczu poniżej | W przypadku pacjentek, które nie mogą być leczone związkami platyny dopuszcza się skojarzenie bewacyzumabu z następującym schematem chemioterapii:<br>– **topotekan** 0,75 mg/m$^2$, w dniach 1.-3.,<br>– **paklitaksel** 175 mg/m$^2$, dnia 1.<br>Rytm: co 3 tygodnie<br><br>Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych aktualnych na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją w ramach tego programu.<br><br>W przypadku konieczności zakończenia jednego lub dwóch leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałymi lekami (lub lekiem) ze schematu. | 10) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu obrazowania przerzutów do OUN;<br>11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy;<br>12) elektrokardiogram (EKG);<br>13) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>14) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy należy wykonać w czasie do 4 tygodni przed włączeniem do programu.<br>Celem wstępnych badań obrazowych jest umożliwienie późniejszego monitorowania progresji choroby.<br><br>**1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia w surowicy:<br>a) kreatyniny ,<br>b) bilirubiny ;<br>c) APTT i PT lub INR;<br>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| k) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.<br>l) obecność obustronnego zwężenia moczowodów jeżeli nie zostało ono leczone przezskórnym lub cewnikiem moczowodowym,<br>12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym;<br>13) ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia nasilenia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni bewacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym w ocenie lekarza, które nie ustępują po zastosowaniu przerwy w leczeniu oraz redukcji dawki leku.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) Wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym ocenionej według kryteriów skali RECIST według obecnie obowiązującej wersji | | Ww. badania w ramach monitorowania bezpieczeństwa leczenia wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii.<br><br>**1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia bewacyzumabem:**<br>1) badanie tomografii komputerowej odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Ad. 1) Badania tomografii komputerowej wykonuje się:<br>a) w trakcie leczenia bewacyzumabem w zależności od wskazań klinicznych, ale nie rzadziej niż co 16 tygodni zawsze w przypadku wskazań klinicznych.<br>b) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby;<br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST według obecnie obowiązującej wersji.<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); |

| | | |
|---|---|---|
| a) zwiększenie się sumy największych wymiarów zmian docelowych o ≥20% i o co najmniej 5 mm w porównaniu z najmniejszą odnotowaną sumą wymiarów zmian lub<br>b) pojawienie się co najmniej jednej nowej zmiany;<br>2) Pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br>3) Wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.<br>4) Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów CTC-AE w wersji 4.03.)<br>5) Obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG<br>6) Wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuacje leczenia;<br>7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>8) Okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku. | | 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych – SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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.117.

# LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia**<br>1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla;<br>2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla;<br>4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla;<br>5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;<br>6) wiek ≥ 18 lat;<br>7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;<br>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**<br>Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie.<br>Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produkt Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla;<br>2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI;<br>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);<br>4) badanie przedmiotowe;<br>5) ocena sprawności w skali ECOG;<br>6) elektrokardiogram (EKG);<br>7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>8) badania laboratoryjne:<br>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,<br>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;<br>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;<br>11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C;<br>12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach:<br>a) liczba leukocytów $\geq 3 \times 10^9$/l,<br>b) liczba neutrofilów $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l,<br>c) liczba płytek krwi $\geq 100 \times 10^9$/l,<br>d) stężenie hemoglobiny $\geq 9$ g/dl,<br>e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1{,}5$ x GGN (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa<br>f) aktywność AST/ALT $\leq 2{,}5$ x GGN u chorych bez przerzutów do wątroby i $\leq 5$ x GGN u chorych z przerzutami<br>13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym;<br>14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie<br>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**<br>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;<br>2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni:<br>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,<br>b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,<br>3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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,<br>– nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu.<br>–<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. | | |

# 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 | 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** |
| 1 | Acidum levofolinicum | Levofolic, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990648818 | 2019-07-01 | 3 lata | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 56,16 | 58,97 | 58,97 | C.0.01. | bezpłatny | 0 zł |
| 2 | Acidum levofolinicum | Levofolic, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 9 ml | 05909990648825 | 2019-07-01 | 3 lata | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 126,36 | 132,68 | 132,68 | C.0.01. | bezpłatny | 0 zł |
| 3 | Acidum zoledronicum | Desinobon, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991009250 | <1>2018-07-01/<2>2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 97,20 | 102,06 | 96,39 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 4 | Acidum zoledronicum | Fayton, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991078577 | <1>2018-07-01/<2>2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 91,80 | 96,39 | 96,39 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 5 | Acidum zoledronicum | Fayton, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991016197 | <1>2018-07-01/<2>2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 91,80 | 96,39 | 96,39 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 6 | Acidum zoledronicum | Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991228392 | 2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 91,80 | 96,39 | 96,39 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 7 | Acidum zoledronicum | Zoledronic acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol. | 05055565711958 | <1>2019-01-01/<2>2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 83,16 | 87,32 | 87,32 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 8 | Acidum zoledronicum | Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990948994 | <1>2018-07-01/<2>2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 95,04 | 99,79 | 96,39 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 9 | Anagrelidum | Anagrelid Aurovitas, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991386436 | 2020-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 410,40 | 430,92 | 430,92 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 10 | Anagrelidum | Anagrelide Accord, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991359850 | 2018-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 810,00 | 850,50 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 11 | Anagrelidum | Anagrelide Accord, kapsułki twarde, 1 mg | 100 szt. | 05909991359867 | 2018-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 1620,00 | 1701,00 | 1156,68 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 12 | Anagrelidum | Anagrelide Bioton, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 kaps. | 05909991362157 | 2019-03-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 550,80 | 578,34 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 13 | Anagrelidum | Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05902020241652 | 2018-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 766,80 | 805,14 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 14 | Anagrelidum | Anagrelide Mylan, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 kaps. | 05901797710033 | 2019-03-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 648,00 | 680,40 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 15 | Anagrelidum | Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 kaps. | 05909991362140 | 2018-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 745,20 | 782,46 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 16 | Anagrelidum | Anagrelide Sandoz, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 kaps. | 05907626708394 | 2018-07-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 864,00 | 907,20 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 17 | Anagrelidum | Anagrelide Stada, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 kaps. | 05909991355135 | 2019-03-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 550,80 | 578,34 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 18 | Anagrelidum | Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991354480 | 2021-05-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 550,80 | 578,34 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 19 | Anagrelidum | Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg | 100 szt. | 05909991354503 | 2021-05-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 1101,60 | 1156,68 | 1156,68 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 20 | Anagrelidum | Anagrelide Zentiva, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 kaps. | 05909991356118 | 2019-01-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 653,40 | 686,07 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 21 | Anagrelidum | Thromboreductin, kaps., 0,5 mg | 100 szt. | 05909990670154 | 2019-01-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 810,00 | 850,50 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 22 | Aprepitantum | Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991400576 | 2020-09-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 84,24 | 88,45 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 23 | Aprepitantum | Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991352547 | 2020-09-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 81,54 | 85,62 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 24 | Aprepitantum | Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991360818 | 2019-11-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 95,04 | 99,79 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 25 | Aprepitantum | Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991412715 | 2021-05-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 59,40 | 62,37 | 62,37 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 26 | Aprepitantum | Aprepitant Teva, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991383169 | 2019-09-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 64,80 | 68,04 | 68,04 | C.0.12. | 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 | 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** |
| 27 | Aprepitantum | Emend, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909990007387 | 2020-09-01 | 5 lat | 1114.0, Aprepitant | 64,80 | 68,04 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 28 | Arsenicum trioxidum | Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 10 amp.po 10 ml | 05909990016433 | <1>2020-03-01/<2>2021-01-01/<3>2021-05-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1109.0, Trójtlenek arsenu | 7290,00 | 7654,50 | 7654,50 | <1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 29 | Arsenii trioxidum | Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 10 fiolek | 05055565763643 | 2020-11-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1109.0, Trójtlenek arsenu | 7290,00 | 7654,50 | 7654,50 | <1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 30 | Azacitidine | Azacitidine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05901797710859 | 2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 537,84 | 564,73 | 564,73 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 31 | Azacitidinum | Azacitidine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05055565758359 | 2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 631,80 | 663,39 | 663,39 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 32 | Azacitidinum | Vidaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05909990682706 | <1>2019-11-01/<2>2020-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 1100,79 | 1155,83 | 663,39 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 33 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol. (100 mg) | 05902020241508 | 2020-09-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 2484,00 | 2608,20 | 1701,00 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 34 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol. (25 mg) | 05902020241492 | 2020-09-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 621,00 | 652,05 | 425,25 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 35 | Bendamustinum hydrochloridum | Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 100 mg | 05909991198183 | 2019-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 1620,00 | 1701,00 | 1701,00 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 36 | Bendamustinum hydrochloridum | Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 25 mg | 05909991198145 | 2019-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 486,00 | 510,30 | 425,25 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 37 | Bendamustinum hydrochloridum | Bendamustine STADA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 100 mg | 05909991242022 | 2018-07-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 1620,00 | 1701,00 | 1701,00 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 38 | Bendamustinum hydrochloridum | Bendamustine STADA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 25 mg | 05909991242039 | 2018-07-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 405,00 | 425,25 | 425,25 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 39 | Bendamustinum hydrochloridum | Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 100 mg | 05909991267285 | 2019-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 864,00 | 907,20 | 907,20 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 40 | Bendamustinum hydrochloridum | Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 25 mg | 05909991267292 | 2019-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 41 | Bicalutamidum | Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990851188 | 2019-07-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 18,36 | 19,28 | 19,28 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 42 | Bicalutamidum | Bicalutamide Polpharma 50 mg, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990052981 | 2019-01-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 53,99 | 56,69 | 53,87 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 43 | Bicalutamidum | Binabic, tabl. powl., 150 mg | 28 szt. | 05909990697427 | 2019-05-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 156,71 | 164,55 | 161,61 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 44 | Bicalutamidum | Binabic, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990696963 | 2019-11-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 51,30 | 53,87 | 53,87 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 45 | Bleomycini sulphas | Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę | 1 fiol.po 10 ml | 05909990946983 | 2019-07-01 | 3 lata | 1003.0, Bleomycinum | 97,20 | 102,06 | 102,06 | C.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 46 | Bortezomibum | Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. 6 ml | 05055565749142 | 2020-01-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 249,48 | 261,95 | 261,95 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 47 | Bortezomibum | Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05055565718339 | 2018-09-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 48 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05906414000771 | 2018-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 324,00 | 340,20 | 324,00 | 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 | 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** |
| 49 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg | 1 fiol. | 05900411003193 | 2020-03-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 623,70 | 654,89 | 654,89 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 50 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05906414000788 | 2018-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 1134,00 | 1190,70 | 1134,00 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 51 | Bortezomibum | Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05902020241461 | 2018-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 280,80 | 294,84 | 294,84 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 52 | Bortezomibum | Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05902020241478 | 2018-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 982,80 | 1031,94 | 1031,94 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 53 | Bortezomibum | Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05909991382124 | 2020-01-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 172,80 | 181,44 | 181,44 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 54 | Bortezomibum | Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05909991382131 | 2020-01-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 270,00 | 283,50 | 283,50 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 55 | Bortezomibum | Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05909991351762 | 2019-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 56 | Bortezomibum | Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. proszku | 05909991250829 | <1>2020-01-01/<2>2021-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1054.0, Bortezomib | 131,76 | 138,35 | 138,35 | <1>C.76.; <2>C.76.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 57 | Bortezomibum | Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. proszku | 05909991250812 | <1>2020-01-01/<2>2021-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1054.0, Bortezomib | 211,68 | 222,26 | 222,26 | <1>C.76.; <2>C.76.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 58 | Busulfanum | Myleran, tabl. powl., 2 mg | 100 szt. | 05909990277926 | 2019-07-01 | 3 lata | 1101.0, Busulfanum | 370,95 | 389,50 | 389,50 | C.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 59 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05907626707564 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 20,52 | 21,55 | 21,55 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 60 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 100 ml | 05907626707601 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 162,00 | 170,10 | 170,10 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 61 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05907626707571 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 35,64 | 37,42 | 37,42 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 62 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 35 ml | 05907626707588 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 62,37 | 65,49 | 65,49 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 63 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05907626707540 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 10,26 | 10,77 | 10,77 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 64 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 50 ml | 05907626707595 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 81,00 | 85,05 | 85,05 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 65 | Calcii folinas | Calciumfolinat-Ebewe, kaps. twarde, 15 mg | 20 szt. | 05909990356713 | 2019-11-01 | 3 lata | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 21,60 | 22,68 | 22,68 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 66 | Capecitabinum | Capecitabine Accord, tabl. powl., 150 mg | 60 szt. | 05055565707531 | <1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 74,52 | 78,25 | 68,04 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 67 | Capecitabinum | Capecitabine Accord, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05055565709153 | <1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 149,04 | 156,49 | 136,08 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 68 | Capecitabinum | Capecitabine Accord, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05055565707548 | <1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 432,00 | 453,60 | 453,60 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 69 | Capecitabinum | Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 150 mg | 60 szt. | 05909991004736 | <1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 75,49 | 79,26 | 68,04 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.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 | 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** |
| 70 | Capecitabinum | Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05909991004699 | <1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 503,28 | 528,44 | 453,60 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 71 | Capecitabinum | Ecansya, tabl. powl., 150 mg | 60 tabl. | 05909991011079 | <1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 113,40 | 119,07 | 68,04 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 72 | Capecitabinum | Ecansya, tabl. powl., 500 mg | 120 tabl. | 05909991011239 | <1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 756,00 | 793,80 | 453,60 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 73 | Capecitabinum | Xeloda, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05909990893515 | <1>2019-07-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 585,36 | 614,63 | 453,60 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 74 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 100 ml | 05909990816194 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 257,04 | 269,89 | 269,89 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 75 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 15 ml | 05909990816163 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 39,96 | 41,96 | 41,96 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 76 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 45 ml | 05909990816170 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 102,06 | 107,16 | 107,16 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 77 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 5 ml | 05909990816156 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 18,25 | 19,16 | 19,16 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 78 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 60 ml | 05909990816187 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 170,64 | 179,17 | 179,17 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 79 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909990450015 | 2017-09-01 | 5 lat | 1005.0, Carboplatinum | 24,62 | 25,85 | 25,85 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 80 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990450022 | 2019-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 45,90 | 48,20 | 48,20 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 81 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 45 ml | 05909990450039 | 2019-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 139,32 | 146,29 | 146,29 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 82 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 60 ml | 05909990662753 | 2019-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 186,84 | 196,18 | 196,18 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 83 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. a 15 ml | 05909990776733 | 2021-03-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 36,72 | 38,56 | 38,56 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 84 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. a 45 ml | 05909990776740 | 2021-03-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 104,76 | 110,00 | 110,00 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 85 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990776726 | 2019-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 12,74 | 13,38 | 13,38 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 86 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 60 ml | 05909990851058 | 2019-07-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 131,76 | 138,35 | 138,35 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 87 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990477425 | 2019-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 41,90 | 44,00 | 44,00 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 88 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 45 ml | 05909990477432 | 2019-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 102,28 | 107,39 | 107,39 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 89 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990477418 | 2019-07-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 24,84 | 26,08 | 26,08 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 90 | Chlorambucilum | Leukeran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990345618 | 2019-07-01 | 3 lata | 1099.0, Chlorambucilum | 80,00 | 84,00 | 84,00 | C.8. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 91 | Ciclosporinum | Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml | 10 amp. po 1 ml | 05909990119813 | 2019-01-01 | 3 lata | 1007.0, Ciclosporinum | 118,80 | 124,74 | 124,74 | C.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 92 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.a 100 ml | 05909990958535 | 2021-03-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 71,28 | 74,84 | 74,84 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 93 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990958481 | 2019-11-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 9,03 | 9,48 | 9,48 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 94 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990958504 | 2019-11-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 42,12 | 44,23 | 44,23 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 95 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990838745 | 2021-03-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 6,26 | 6,57 | 6,57 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 96 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 100 ml | 05909990894772 | 2021-03-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 62,64 | 65,77 | 65,77 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 97 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 50 ml | 05909990838769 | 2021-03-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 31,32 | 32,89 | 32,89 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 98 | Cladribinum | Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05909990713417 | 2019-07-01 | 3 lata | 1009.0, Cladribinum | 493,34 | 518,01 | 518,01 | C.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 99 | Clofarabinum | Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909991385569 | 2019-07-01 | 3 lata | 1111.0, Klofarabina | 2808,00 | 2948,40 | 2948,40 | <1>C.66.a.; <2> C.66.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 100 | Clofarabinum | Evoltra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990710997 | <1>2019-05-01/<2>2021-05-01 | 3 lata | 1111.0, Klofarabina | 3785,72 | 3975,01 | 2948,40 | <1>C.66.a.; <2> C.66.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 101 | Crisantaspasum | Erwinase, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10000 j.m./fiolkę | 5 fiol. | 05060146290302 | <1>2020-09-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1146.0, Crisantaspasum | 14580,00 | 15309,00 | 15309,00 | <1>C.78.a.; <2>C.78.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 102 | Cyclophosphamidum | Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g | 1 fiol.po 75 ml | 05909990241019 | 2019-01-01 | 3 lata | 1010.1, Cyclophosphamidum inj. | 54,96 | 57,71 | 57,71 | C.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 103 | Cyclophosphamidum | Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05909990240913 | 2019-01-01 | 3 lata | 1010.1, Cyclophosphamidum inj. | 14,58 | 15,31 | 11,54 | C.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 104 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990240814 | 2019-01-01 | 3 lata | 1010.2, Cyclophosphamidum p.o. | 72,52 | 76,15 | 76,15 | C.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 105 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990640188 | 2019-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 8,42 | 8,84 | 8,84 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 106 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990181216 | 2019-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 42,12 | 44,23 | 44,23 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 107 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990181223 | 2019-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 84,24 | 88,45 | 88,45 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 108 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990624935 | 2019-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 168,48 | 176,90 | 176,90 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 109 | Cytarabinum | Cytosar, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g | 1 fiol. z prosz. | 05909990314614 | 2019-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 83,16 | 87,32 | 87,32 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 110 | Cytarabinum | Cytosar, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg | 1 fiol.z prosz. + 1 amp.z rozp. | 05909990154715 | 2019-07-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 11,03 | 11,58 | 11,58 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 111 | Cytarabinum | Cytosar, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg | 1 fiol. z prosz. (+ rozp.) | 05909990314515 | 2019-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 41,77 | 43,86 | 43,86 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 112 | Dacarbazinum | Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg | 10 fiol.po 100 mg | 05909991029500 | 2018-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 151,20 | 158,76 | 158,76 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 113 | Dacarbazinum | Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 1000 mg | 05909991029807 | 2018-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 151,20 | 158,76 | 158,76 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 114 | Dacarbazinum | Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg | 10 fiol.po 200 mg | 05909991029609 | 2018-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 302,40 | 317,52 | 317,52 | C.16. | 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 | 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** |
| 115 | Dacarbazinum | Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 500 mg | 05909991029708 | 2018-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 75,60 | 79,38 | 79,38 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 116 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909990739035 | 2018-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 3402,00 | 3572,10 | 3572,10 | C.0.03. | bezpłatny | 0 zł |
| 117 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 1 wstrz.po 1 ml | 05909990340330 | 2018-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 3402,00 | 3572,10 | 3572,10 | C.0.03. | bezpłatny | 0 zł |
| 118 | Denosumabum | Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 fiol.po 1,7 ml | 05909990881789 | 2019-09-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1137.0, Denosumabum | 1321,79 | 1387,88 | 1387,88 | C.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 119 | Dexamethasoni phosphas | Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml | 1 amp. 2,5 ml | 05907464420755 | 2020-09-01 | 3 lata | 1161.0, Deksametazon | 14,58 | 15,31 | 15,31 | C.0.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 120 | Dexamethasoni phosphas | Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml | 5 amp. 1 ml | 05907464420700 | 2021-05-01 | 3 lata | 1161.0, Deksametazon | 18,36 | 19,28 | 15,31 | C.0.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 121 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 16 ml | 05909990850280 | 2019-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 432,00 | 453,60 | 453,60 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 122 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990777006 | 2019-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 54,00 | 56,70 | 56,70 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 123 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 8 ml | 05909990777020 | 2019-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 124 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990994557 | 2020-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 32,40 | 34,02 | 34,02 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 125 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990994564 | 2020-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 129,60 | 136,08 | 136,08 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 126 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 8 ml | 05909990994601 | 2020-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 259,20 | 272,16 | 272,16 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 127 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990429011 | 2019-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 8,64 | 9,07 | 9,07 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 128 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990614837 | 2019-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 82,08 | 86,18 | 86,18 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 129 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol.po 100 ml | 05909990614844 | 2019-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 164,16 | 172,37 | 172,37 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 130 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 25 ml | 05909990429028 | 2019-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 41,04 | 43,09 | 43,09 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 131 | Doxorubicinum | Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990471027 | 2019-01-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 36,72 | 38,56 | 38,56 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 132 | Doxorubicinum | Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990471010 | 2019-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 10,93 | 11,48 | 11,48 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 133 | Doxorubicinum | Caelyx / Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990983018 | 2019-05-01 | 3 lata | 1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum | 1462,86 | 1536,00 | 1536,00 | C.22. | bezpłatny | 0 zł |
| 134 | Doxorubicinum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol. a 25 ml | 05909990851393 | 2021-03-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 30,24 | 31,75 | 31,75 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 135 | Doxorubicinum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990851409 | 2019-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 120,96 | 127,01 | 127,01 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 136 | Doxorubicinum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990851386 | 2019-03-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 6,70 | 7,04 | 7,04 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 137 | Doxorubicinum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991141882 | 2018-11-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 61,56 | 64,64 | 64,64 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 138 | Doxorubicinum | Myocet / Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg | 2 zest. po 3 fiol. (1 proszek + 1 liposomy + 1 bufor) | 05909990213559 | <1>2019-07-01/<2>2021-01-01 | 3 lata | 1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum | 3580,20 | 3759,21 | 3759,21 | <1>C.21.a.; <2>C.21.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 139 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909991104313 | 2019-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 27,00 | 28,35 | 28,35 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 140 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909991104337 | 2019-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 270,00 | 283,50 | 283,50 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 141 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol.po 100 ml | 05909991104344 | 2019-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 540,00 | 567,00 | 567,00 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 142 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 25 ml | 05909991104320 | 2019-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 135,00 | 141,75 | 141,75 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 143 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991029869 | 2019-07-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 164,16 | 172,37 | 172,37 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 144 | Epirubicini hydrochloridum | Farmorubicin PFS, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990752515 | 2019-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 128,50 | 134,93 | 134,93 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 145 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml | 6 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990072477 | 2020-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 648,00 | 680,40 | 680,40 | C.0.04. | bezpłatny | 0 zł |
| 146 | Epoetinum beta | NeoRecormon, roztwór do wstrzykiwań, 30000 j.m. | 1 amp.-strz. | 05909990007134 | 2019-07-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 846,18 | 888,49 | 888,49 | C.0.05. | bezpłatny | 0 zł |
| 147 | Erlotinibi hydrochloridum | Erlotinib Krka, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 03838989722128 | 2020-11-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 720,00 | 756,00 | 756,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 148 | Erlotinibi hydrochloridum | Erlotinib Krka, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 03838989722135 | 2020-11-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 149 | Erlotinibum | Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991417680 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 721,08 | 757,13 | 756,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 150 | Erlotinibum | Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909991417697 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 151 | Erlotinibum | Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909991417673 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 388,80 | 408,24 | 189,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 152 | Erlotinibum | Tarceva, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990334278 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 6588,00 | 6917,40 | 756,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 153 | Erlotinibum | Tarceva, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990334285 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 8208,00 | 8618,40 | 1134,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 154 | Erlotinibum | Tarceva, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990334261 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 1965,60 | 2063,88 | 189,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 155 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990776115 | 2019-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 20,52 | 21,55 | 21,55 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 156 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05909990776214 | 2019-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 41,04 | 43,09 | 43,09 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 157 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg | 1 fiol.po 20 ml | 05909990776313 | 2019-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 82,08 | 86,18 | 86,18 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 158 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 2,5 ml | 05909990776016 | 2019-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 12,31 | 12,93 | 12,93 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 159 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991233297 | 2019-05-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 30,13 | 31,64 | 31,64 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 160 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909991233303 | 2019-05-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 60,37 | 63,39 | 63,39 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 161 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991198121 | 2020-03-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 11,88 | 12,47 | 12,47 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 162 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713846 | 2018-01-01 | 5 lat | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 57,24 | 60,10 | 60,10 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 163 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713860 | 2018-01-01 | 5 lat | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 286,20 | 300,51 | 300,51 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 164 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726068 | 2019-05-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 400,68 | 420,71 | 420,71 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 165 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713853 | 2018-01-01 | 5 lat | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 91,58 | 96,16 | 96,16 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 166 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713877 | 2018-01-01 | 5 lat | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 457,92 | 480,82 | 480,82 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 167 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726075 | 2019-05-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 641,09 | 673,14 | 673,14 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 168 | Filgrastimum | Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05909991102500 | 2018-07-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 51,84 | 54,43 | 54,43 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 169 | Filgrastimum | Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05909991102531 | 2018-07-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 245,16 | 257,42 | 257,42 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 170 | Filgrastimum | Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05909991102548 | 2018-07-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 80,57 | 84,60 | 84,60 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 171 | Filgrastimum | Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05909991102555 | 2018-07-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 402,84 | 422,98 | 422,98 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 172 | Filgrastimum | Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/ml | 5 fiol.po 1 ml | 05909990312214 | 2019-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 607,50 | 637,88 | 470,21 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 173 | Filgrastimum | Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 600 µg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990830510 | 2019-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 121,50 | 127,58 | 94,04 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 174 | Filgrastimum | Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 960 µg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990830619 | 2019-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 181,44 | 190,51 | 150,47 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 175 | Filgrastimum | Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 12 mln j./0,2 ml | 5 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990904747 | 2019-07-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 87,77 | 92,16 | 92,16 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 176 | Filgrastimum | Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990904778 | 2019-07-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 206,28 | 216,59 | 216,59 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 177 | Filgrastimum | Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990904808 | 2019-07-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 330,04 | 346,54 | 346,54 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 178 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687763 | 2019-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 81,32 | 85,39 | 85,39 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 179 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05909990687787 | 2018-11-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 219,45 | 230,42 | 230,42 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 180 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687800 | 2019-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 115,52 | 121,30 | 121,30 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 181 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05909990687848 | 2018-11-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 351,17 | 368,73 | 368,73 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 182 | Fludarabini phosphas | Fludara Oral, tabl. powl., 10 mg | 20 szt. (4 blist.po 5 szt.) | 05909991183325 | 2019-07-01 | 3 lata | 1017.2, Fludarabinum p.o. | 1555,20 | 1632,96 | 1632,96 | C.25. | 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 | 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** |
| 183 | Fluorouracilum | 5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 20 ml | 05909990450633 | 2019-07-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 14,57 | 15,30 | 15,30 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 184 | Fluorouracilum | 5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990336258 | 2019-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 72,36 | 75,98 | 75,98 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 185 | Fluorouracilum | Fluorouracil 1000 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990477913 | 2019-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 14,47 | 15,19 | 15,19 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 186 | Fluorouracilum | Fluorouracil 500 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990477814 | 2019-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 7,56 | 7,94 | 7,94 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 187 | Fluorouracilum | Fluorouracil 5000 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990478019 | 2019-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 72,36 | 75,98 | 75,98 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 188 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990774784 | 2021-03-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 6,05 | 6,35 | 6,35 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 189 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 100 ml | 05909990774807 | 2021-03-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 60,48 | 63,50 | 63,50 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 190 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 20 ml | 05909990774791 | 2021-03-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 12,10 | 12,71 | 12,71 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 191 | Fulvestrantum | Faslodex, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły z syst.osł. | 05909990768875 | 2019-07-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 2700,00 | 2835,00 | 816,48 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 192 | Fulvestrantum | Fulvestrant Pharmascience, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991441630 | 2021-05-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 614,52 | 645,25 | 645,25 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 193 | Fulvestrantum | Fulvestrant Sandoz, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991250683 | 2021-05-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 621,00 | 652,05 | 652,05 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 194 | Fulvestrantum | Fulvestrant Teva, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991317331 | 2021-01-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 777,60 | 816,48 | 816,48 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 195 | Gefitynibum | Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909991400781 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1350,00 | 1417,50 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 196 | Gefitynibum | Gefitinib Alvogen, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05350586001683 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 197 | Gefitynibum | Gefitinib Genoptim, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909991385651 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1350,00 | 1417,50 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 198 | Gefitynibum | Gefitinib Glenmark, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05902020241676 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 199 | Gefitynibum | Gefitinib Krka, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 03837000183290 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 200 | Gefitynibum | Gefitinib Mylan, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05901797710439 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1350,00 | 1417,50 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 201 | Gefitynibum | Gefitinib Sandoz, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 07613421021696 | 2019-11-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 202 | Gefitynibum | Iressa, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909990717231 | 2019-05-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 6561,00 | 6889,05 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 203 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990976089 | 2019-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 81,00 | 85,05 | 85,05 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 204 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990976096 | 2019-07-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 118,80 | 124,74 | 124,74 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 205 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990976072 | 2019-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 17,82 | 18,71 | 18,71 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 206 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990976102 | 2019-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 162,00 | 170,10 | 170,10 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 207 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 25 ml | 05909990871032 | 2019-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 102,60 | 107,73 | 107,73 | 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 | 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** |
| 208 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990870998 | 2019-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 27,00 | 28,35 | 28,35 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 209 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2000 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990871049 | 2019-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 205,20 | 215,46 | 215,46 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 210 | Hydroxycarbamidum | Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg | 100 szt. (1 but.po 250 ml) | 05909990836758 | 2019-01-01 | 3 lata | 1021.0, Hydroxycarbamidum | 64,58 | 67,81 | 67,81 | C.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 211 | Hydroxycarbamidum | Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg | 100 szt. | 05909990944927 | 2019-01-01 | 3 lata | 1021.0, Hydroxycarbamidum | 86,12 | 90,43 | 90,43 | C.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 212 | Idarubicini hydrochloridum | Zavedos, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05909990236213 | 2019-01-01 | 3 lata | 1022.0, Idarubicinum | 739,47 | 776,44 | 776,44 | C.30. | bezpłatny | 0 zł |
| 213 | Idarubicini hydrochloridum | Zavedos, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 5 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990236114 | 2019-01-01 | 3 lata | 1022.0, Idarubicinum | 396,28 | 416,09 | 388,22 | C.30. | bezpłatny | 0 zł |
| 214 | Ifosfamidum | Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g | 1 fiol. | 05909990241118 | 2019-07-01 | 3 lata | 1023.0, Ifosfamidum | 120,42 | 126,44 | 126,44 | C.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 215 | Ifosfamidum | Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g | 1 fiol. | 05909990241217 | 2019-07-01 | 3 lata | 1023.0, Ifosfamidum | 217,62 | 228,50 | 228,50 | C.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 216 | Imatinibum | Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05055565726983 | 2020-09-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.70.a.; C.70.b.; C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 217 | Imatinibum | Imatinib Accord, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05055565726990 | 2020-09-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 432,00 | 453,60 | 453,60 | C.70.a.; C.70.b.; C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 218 | Imatinibum | Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 100 mg | 60 szt. | 05909991353261 | 2019-03-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 172,80 | 181,44 | 181,44 | C.70.a.; C.70.b.; C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 219 | Imatinibum | Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 400 mg | 30 szt. | 05909991353353 | 2019-03-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 345,60 | 362,88 | 362,88 | C.70.a.; C.70.b.; C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 220 | Imatinibum | Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 400 mg | 90 szt. | 05909991353384 | 2019-07-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 1034,64 | 1086,37 | 1086,37 | C.70.a.; C.70.b.; C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 221 | Imatinibum | Meaxin, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909991053895 | <1><2>2021-01-01/<3>2018-07-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 302,40 | 317,52 | 317,52 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 222 | Imatinibum | Meaxin, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909991053963 | <1><2>2021-01-01/<3>2018-07-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 604,80 | 635,04 | 635,04 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 223 | Imatinibum | Nibix, kaps. twarde, 100 mg | 60 szt. | 05909991051181 | <1><2>2021-01-01/<3>2018-09-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 302,40 | 317,52 | 317,52 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 224 | Imatinibum | Nibix, kaps. twarde, 400 mg | 30 szt. | 05909991051259 | <1><2>2021-01-01/<3>2018-09-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 604,80 | 635,04 | 635,04 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 225 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990645060 | 2019-07-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 1061,62 | 1114,70 | 1114,70 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 226 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990645176 | 2019-07-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 161,59 | 169,67 | 169,67 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 227 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990645183 | 2019-07-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 419,75 | 440,74 | 440,74 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 228 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05055565731345 | 2017-03-01 | 5 lat | 1025.0, Irinotecanum | 162,00 | 170,10 | 170,10 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 229 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05055565731321 | 2017-03-01 | 5 lat | 1025.0, Irinotecanum | 21,60 | 22,68 | 22,68 | 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 | 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** |
| 230 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05055565731352 | 2017-03-01 | 5 lat | 1025.0, Irinotecanum | 270,00 | 283,50 | 283,50 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 231 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05055565731338 | 2017-03-01 | 5 lat | 1025.0, Irinotecanum | 54,00 | 56,70 | 56,70 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 232 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990796946 | 2019-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 138,24 | 145,15 | 145,15 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 233 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990726943 | 2019-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 20,43 | 21,45 | 21,45 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 234 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990796953 | 2019-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 235 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990726950 | 2019-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 44,82 | 47,06 | 47,06 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 236 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2019-01-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 4447,02 | 4669,37 | 4669,37 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 237 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094416 | <1>2019-01-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 2676,67 | 2810,50 | 2810,50 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 238 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2019-01-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 3557,83 | 3735,72 | 3735,72 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 239 | Melphalanum | Alkeran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990283514 | 2019-07-01 | 3 lata | 1098.0, Melphalanum | 112,85 | 118,49 | 118,49 | C.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 240 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2019-01-01 | 3 lata | 1027.0, Mercaptopurinum | 26,46 | 27,78 | 27,78 | C.40. | bezpłatny | 0 zł |
| 241 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp. po 4 ml | 05909991392086 | 2019-07-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 150,12 | 157,63 | 157,63 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 242 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp. po 4 ml | 05909991438647 | 2021-05-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 146,88 | 154,22 | 154,22 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 243 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp.po 4 ml | 05909990265831 | 2019-07-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 201,10 | 211,16 | 157,63 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 244 | Methotrexatum | Methotrexat - Ebewe, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990453924 | 2019-07-01 | 3 lata | 1028.3, Methotrexatum p.o | 32,36 | 33,98 | 33,98 | C.41. | bezpłatny | 0 zł |
| 245 | Methotrexatum | Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990333936 | 2019-01-01 | 3 lata | 1028.2, Methotrexatum inj. | 378,00 | 396,90 | 297,68 | C.41. | bezpłatny | 0 zł |
| 246 | Methotrexatum | Metotreksat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991333447 | 2019-09-01 | 3 lata | 1028.2, Methotrexatum inj. | 283,50 | 297,68 | 297,68 | C.41. | bezpłatny | 0 zł |
| 247 | Mitotanum | Lysodren, tabl., 500 mg | 100 tabl. | 05909990335237 | 2019-07-01 | 3 lata | 1030.0, Mitotanum | 2662,20 | 2795,31 | 2795,31 | C.43. | bezpłatny | 0 zł |
| 248 | Nelarabinum | Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 6 fiol.a 50 ml | 05909990056736 | 2019-07-01 | 3 lata | 1128.0, Nelarabina | 6480,00 | 6804,00 | 6804,00 | C.73. | bezpłatny | 0 zł |
| 249 | Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum | Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg | 1 szt. | 05909991246563 | <1>2021-01-01/<2>2019-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1154.0, Netupitant, palonosetron | 276,48 | 290,30 | 290,30 | <1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 250 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416461 | 2021-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 882,00 | 926,10 | 926,10 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 251 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416485 | 2021-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 1764,00 | 1852,20 | 1852,20 | <1>C.45.a.; <2>C.45.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 | 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** |
| 252 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416508 | 2021-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 2646,00 | 2778,30 | 2778,30 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 253 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042913 | 2019-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 43,20 | 45,36 | 45,36 | C.45.a. | bezpłatny | 0 zł |
| 254 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042715 | 2019-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 32,40 | 34,02 | 23,15 | C.45.a. | bezpłatny | 0 zł |
| 255 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459711 | <1>2019-01-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 2160,00 | 2268,00 | 926,10 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 256 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459612 | <1>2019-07-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 2678,40 | 2812,32 | 1852,20 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 257 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459513 | <1>2019-07-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 4017,60 | 4218,48 | 2778,30 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 258 | Ondansetronum | Atossa, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909990744510 | 2019-07-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 34,56 | 36,29 | 36,29 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 259 | Ondansetronum | Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 5 amp. po 2 ml | 05909990822225 | 2021-03-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 6,37 | 6,69 | 6,69 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 260 | Ondansetronum | Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 5 amp. po 4 ml | 05909990822249 | 2021-03-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 12,74 | 13,38 | 13,38 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 261 | Ondansetronum | Ondansetron Kabi, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990055197 | 2019-01-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 6,37 | 6,69 | 6,69 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 262 | Ondansetronum | Ondansetron Kabi, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 5 amp.po 4 ml | 05909990055234 | 2019-01-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 12,74 | 13,38 | 13,38 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 263 | Ondansetronum | Setronon, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990994717 | 2019-07-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 34,45 | 36,17 | 36,17 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 264 | Ondansetronum | Zofran, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990002016 | 2019-01-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 6,71 | 7,05 | 6,69 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 265 | Ondansetronum | Zofran, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 5 amp.po 4 ml | 05909990002023 | 2019-01-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 13,41 | 14,08 | 13,38 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 266 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powl., 4 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990001811 | 2019-01-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 30,78 | 32,32 | 32,32 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 267 | Ondansetronum | Zofran, syrop, 4 mg/5ml | 50 ml | 05909990810611 | 2019-01-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 37,80 | 39,69 | 39,69 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 268 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. (2 blist.po 5 szt.) | 05909990001910 | 2019-01-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 49,57 | 52,05 | 52,05 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 269 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990798247 | 2019-01-01 | 3 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 32,40 | 34,02 | 34,02 | C.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 270 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990798254 | 2019-01-01 | 3 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 64,80 | 68,04 | 68,04 | C.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 271 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990827381 | 2019-01-01 | 3 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 129,60 | 136,08 | 136,08 | C.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 272 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990796151 | 2021-03-01 | 3 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 31,86 | 33,45 | 33,45 | C.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 273 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 20 ml | 05909990796168 | 2021-03-01 | 3 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 63,72 | 66,91 | 66,91 | C.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 274 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 40 ml | 05909990827206 | 2021-03-01 | 3 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 127,44 | 133,81 | 133,81 | C.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 275 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990874446 | 2019-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 259,20 | 272,16 | 272,16 | 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 | 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** |
| 276 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 16,7 ml | 05909990874361 | 2019-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 51,30 | 53,87 | 53,87 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 277 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990874385 | 2019-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 72,90 | 76,55 | 76,55 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 278 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990874347 | 2019-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 26,46 | 27,78 | 27,78 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 279 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990874408 | 2019-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 145,80 | 153,09 | 153,09 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 280 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 16,7 ml | 05909990018390 | 2019-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 108,00 | 113,40 | 113,40 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 281 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol.po 25 ml | 05909990018406 | 2019-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 145,80 | 153,09 | 153,09 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 282 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990018383 | 2019-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 32,40 | 34,02 | 34,02 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 283 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990018420 | 2019-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 324,00 | 340,20 | 340,20 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 284 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 16,7 ml | 05909990840274 | 2021-03-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 48,60 | 51,03 | 51,03 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 285 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 5 ml | 05909990840267 | 2021-03-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 14,58 | 15,31 | 15,31 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 286 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 50 ml | 05909990840281 | 2021-03-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 145,80 | 153,09 | 153,09 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 287 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991037093 | 2019-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 259,20 | 272,16 | 272,16 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 288 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909991037086 | 2019-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 72,90 | 76,55 | 76,55 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 289 | Pegaspargasum | Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml | 1 fiol. proszku | 00642621070989 | 2021-05-01 | 2 lata | 1033.0, Pegaspargasum | 7203,06 | 7563,21 | 7563,21 | C.48. | bezpłatny | 0 zł |
| 290 | Pegfilgrastimum | Grasustek, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml | 1 amp.-strzyk. | 04260582610011 | 2020-09-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 1620,00 | 1701,00 | 1701,00 | C.0.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 291 | Pegfilgrastimum | Neulasta, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml | 1 amp.-strz.po 0,6 ml (z zab.igły) | 05909990007523 | 2019-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 2940,84 | 3087,88 | 2194,29 | C.0.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 292 | Pegfilgrastimum | Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml | 1 amp.-strzyk. | 05055565748640 | 2018-11-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 2089,80 | 2194,29 | 2194,29 | C.0.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 293 | Pegfilgrastimum | Pelmeg, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml | 1 amp.-strzyk. | 05909991390471 | 2019-05-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 1771,20 | 1859,76 | 1859,76 | C.0.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 294 | Pegfilgrastimum | Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml | 1 amp.-strzyk. | 05907626708905 | 2019-03-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 1836,00 | 1927,80 | 1927,80 | C.0.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 295 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990984718 | <1><2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 534,79 | 561,53 | 561,53 | <2>C.79.a.; <3>C.79.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 296 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990984817 | <1><2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 707,99 | 743,39 | 743,39 | <2>C.79.a.; <3>C.79.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 297 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05902768001013 | <1>2021-03-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 348,32 | 365,74 | 365,74 | <2>C.79.a.; <3>C.79.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 | 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** |
| 298 | Pemetreksedum | Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05909991289362 | 2020-03-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 129,60 | 136,08 | 136,08 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 299 | Pemetreksedum | Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol. proszku | 05909991289379 | 2020-03-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 648,00 | 680,40 | 680,40 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 300 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05055565724613 | 2019-05-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 302,40 | 317,52 | 136,08 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 301 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1000 mg | 1 fiol. | 05055565724736 | 2019-05-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 2376,00 | 2494,80 | 1360,80 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 302 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol. | 05055565724620 | 2019-05-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1512,00 | 1587,60 | 680,40 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 303 | Pemetreksedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05909991289393 | 2020-09-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 286,20 | 300,51 | 136,08 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 304 | Pemetreksedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol. | 05909991289409 | 2020-09-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1501,20 | 1576,26 | 680,40 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 305 | Pemetreksedum | Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05907626706079 | 2019-05-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 280,80 | 294,84 | 136,08 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 306 | Pemetreksedum | Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05907626706086 | 2019-03-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1890,00 | 1984,50 | 680,40 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 307 | Plerixaforum | Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 fiol.po 1,2 ml | 05909990728473 | 2019-07-01 | 2 lata | 1126.0, Pleryksafor | 25142,40 | 26399,52 | 26399,52 | C.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 308 | Posaconazolum | Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909990335244 | <1>2021-05-01/<2>2018-09-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 2503,09 | 2628,24 | 714,42 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 309 | Posaconazolum | Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05055565754351 | 2021-01-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 648,00 | 680,40 | 680,40 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 310 | Posaconazolum | Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 08595112678152 | 2020-11-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 734,40 | 771,12 | 714,42 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 311 | Posaconazolum | Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05901797710743 | 2020-03-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 909,36 | 954,83 | 714,42 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 312 | Posaconazolum | Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 07613421033408 | 2020-03-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 907,20 | 952,56 | 714,42 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 313 | Posaconazolum | Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991368562 | 2020-09-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 680,40 | 714,42 | 714,42 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 314 | Posaconazolum | Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991422059 | 2021-01-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 680,40 | 714,42 | 714,42 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 315 | Rasburicasum | Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji , 1,5 mg/ml | 3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.) | 05909990943111 | 2019-01-01 | 3 lata | 1048.0, Rasburicasum | 691,20 | 725,76 | 725,76 | C.0.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 316 | Rituximabum | Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05996537003155 | 2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 1151,41 | 1208,98 | 1208,98 | <2>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 317 | Rituximabum | Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05996537002158 | 2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2878,52 | 3022,45 | 3022,45 | <2>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 318 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05909990418817 | <1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2444,04 | 2566,24 | 1208,98 | <3>C.51. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | 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** |
| 319 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990418824 | <1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 6111,72 | 6417,31 | 3022,45 | <3>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 320 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 07613421032975 | 2019-11-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 1035,72 | 1087,51 | 1087,51 | <2>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 321 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 07613421032982 | 2019-11-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2589,30 | 2718,77 | 2718,77 | <2>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 322 | Tamoxifenum | Nolvadex D, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990127412 | 2019-01-01 | 3 lata | 1036.0, Tamoxifenum | 14,58 | 15,31 | 15,31 | C.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 323 | Tamoxifenum | Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990775316 | 2019-01-01 | 3 lata | 1036.0, Tamoxifenum | 9,88 | 10,37 | 10,37 | C.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 324 | Temozolomidum | Temodal, kaps. twarde, 100 mg | 5 szt. | 05909990672172 | 2019-07-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 453,60 | 476,28 | 476,28 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 325 | Temozolomidum | Temodal, kaps. twarde, 140 mg | 5 szt. | 05909990672219 | 2019-07-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 635,04 | 666,79 | 666,79 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 326 | Temozolomidum | Temodal, kaps. twarde, 180 mg | 5 szt. | 05909990672233 | 2019-07-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 816,48 | 857,30 | 857,30 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 327 | Temozolomidum | Temodal, kaps. twarde, 20 mg | 5 szt. | 05909990672158 | 2019-07-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 90,72 | 95,26 | 95,26 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 328 | Temozolomidum | Temodal, kaps. twarde, 250 mg | 5 szt. | 05909990672196 | 2019-07-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 1134,00 | 1190,70 | 1190,70 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 329 | Temozolomidum | Temodal, kaps. twarde, 5 mg | 5 szt. | 05909990716999 | 2019-07-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 22,68 | 23,81 | 23,81 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 330 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719350 | 2018-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 331 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719367 | 2018-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 324,00 | 340,20 | 340,20 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 332 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719374 | 2018-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 432,00 | 453,60 | 453,60 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 333 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719343 | 2018-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 43,20 | 45,36 | 45,36 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 334 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719381 | 2018-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 594,00 | 623,70 | 623,70 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 335 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719336 | 2018-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 10,80 | 11,34 | 11,34 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 336 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg | 5 kaps. | 05909991288006 | 2018-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 189,00 | 198,45 | 198,45 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 337 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg | 5 kaps. | 05909991288037 | 2018-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 264,60 | 277,83 | 277,83 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 338 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg | 5 kaps. | 05909991288068 | 2018-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 340,20 | 357,21 | 357,21 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 339 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg | 5 kaps. | 05909991287979 | 2018-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 37,80 | 39,69 | 39,69 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 340 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg | 5 kaps. | 05909991288099 | 2018-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 472,50 | 496,13 | 496,13 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 341 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg | 5 kaps. | 05909991287948 | 2018-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 9,45 | 9,92 | 9,92 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 342 | Tioguaninum | Lanvis, tabl., 40 mg | 25 szt. | 05909990185214 | 2019-07-01 | 3 lata | 1100.0, Tioguaninum | 418,58 | 439,51 | 439,51 | C.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 343 | Topotecanum | Hycamtin, kaps. twarde, 0,25 mg | 10 kaps. | 05909990643134 | 2018-09-01 | 3 lata | 1038.2, Topotecanum p.o. | 386,10 | 405,41 | 405,41 | C.57.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 344 | Topotecanum | Hycamtin, kaps. twarde, 1 mg | 10 kaps. | 05909990643141 | 2018-09-01 | 3 lata | 1038.2, Topotecanum p.o. | 1458,00 | 1530,90 | 1530,90 | C.57.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 345 | Topotecanum | Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990924660 | 2019-07-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 70,20 | 73,71 | 73,71 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 346 | Topotecanum | Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990924677 | 2019-07-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 140,40 | 147,42 | 147,42 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 347 | Topotecanum | Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990924684 | 2019-07-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 280,80 | 294,84 | 294,84 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 348 | Topotecanum | Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 1 ml | 05909990984756 | 2021-03-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 70,20 | 73,71 | 73,71 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 349 | Topotecanum | Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 4 ml | 05909990984770 | 2021-03-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 280,80 | 294,84 | 294,84 | C.57.2. | 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 | 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** |
| 350 | Tretinoinum | Vesanoid, kaps. miękkie, 10 mg | 100 szt. | 05909990668311 | 2019-03-01 | 3 lata | 1039.0, Tretinoinum | 1028,16 | 1079,57 | 1079,57 | C.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 351 | Vincristini sulfas | Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990669493 | 2019-07-01 | 3 lata | 1041.0, Vincristinum | 24,84 | 26,08 | 26,08 | C.61. | bezpłatny | 0 zł |
| 352 | Vincristini sulfas | Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990669523 | 2019-07-01 | 3 lata | 1041.0, Vincristinum | 124,20 | 130,41 | 130,41 | C.61. | bezpłatny | 0 zł |
| 353 | Vinorelbinum | Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 fiol.po 1 ml | 05909990173617 | 2019-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 529,20 | 555,66 | 226,80 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 354 | Vinorelbinum | Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 fiol.po 5 ml | 05909990173624 | 2019-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 2646,00 | 2778,30 | 1134,00 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 355 | Vinorelbinum | Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg | 1 kaps. | 05909990945016 | 2019-07-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 174,59 | 183,32 | 136,08 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 356 | Vinorelbinum | Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg | 1 kaps. | 05909990945115 | 2019-07-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 261,88 | 274,97 | 204,12 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 357 | Vinorelbinum | Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 fiol.po 1 ml | 05909990573325 | 2019-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 540,00 | 567,00 | 226,80 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 358 | Vinorelbinum | Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 fiol.po 5 ml | 05909990573349 | 2019-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 1285,20 | 1349,46 | 1134,00 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 359 | Vinorelbinum | Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.a 1 ml | 05909990668045 | 2018-07-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 32,40 | 34,02 | 22,68 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 360 | Vinorelbinum | Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.a 5 ml | 05909990668052 | 2018-07-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 162,00 | 170,10 | 113,40 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 361 | Vinorelbinum | Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 1 ml | 05909991314439 | 2017-09-01 | 5 lat | 1042.1, Vinorelbinum inj | 21,60 | 22,68 | 22,68 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 362 | Vinorelbinum | Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991314446 | 2017-09-01 | 5 lat | 1042.1, Vinorelbinum inj | 108,00 | 113,40 | 113,40 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 363 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 20 mg | 1 kaps. | 05909991402365 | 2019-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 129,60 | 136,08 | 136,08 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 364 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 30 mg | 1 kaps. | 05909991402389 | 2019-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 194,40 | 204,12 | 204,12 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 365 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 80 mg | 1 kaps. | 05909991402402 | 2019-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 518,40 | 544,32 | 544,32 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 366 | Voriconazolum | Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 05909991063177 | 2019-09-01 | 3 lata | 1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol | 135,79 | 142,58 | 124,74 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 367 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 05909991095840 | 2019-11-01 | 3 lata | 1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol | 130,90 | 137,45 | 124,74 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 368 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05055565731536 | 2021-01-01 | 3 lata | 1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol | 178,20 | 187,11 | 187,11 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 369 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. powl., 50 mg | 20 szt. | 05909991095741 | 2019-11-01 | 3 lata | 1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol | 32,72 | 34,36 | 31,19 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 370 | Voriconazolum | Voriconazole Mylan, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 05909991191917 | 2018-11-01 | 3 lata | 1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol | 130,90 | 137,45 | 124,74 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |

Załącznik C.0.01.

## ACIDUM LEVOFOLINICUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **ACIDUM LEVOFOLINICUM** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.02.

## CALCII FOLINAS

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **CALCII FOLINAS** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.03.

## DARBEPOETIN ALFA

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **DARBEPOETIN ALFA** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 2 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 3 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 4 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 5 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 6 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 7 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 8 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.9 | ZESPOŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKRESLONY<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |

Załącznik C.0.04.

## EPOETINUM ALPHA

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **EPOETINUM ALPHA** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **EPOETINUM ALPHA** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 2 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 3 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 4 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 5 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 6 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 7 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 8 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |

Załącznik C.0.05.

**EPOETINUM BETA**

| Lp | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **EPOETINUM BETA** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.06.

**FILGRASTIMUM**

| Lp | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **FILGRASTIMUM** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.08.

**MESNUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **MESNUM** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.09.

**ONDANSETRONUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **ONDANSETRONUM** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.10.

**PEGFILGRASTIMUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1. | **PEGFILGRASTIMUM** | SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIEJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI |

Załącznik C.0.11

**RASBURICASUM**

| Lp | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **RASBURICASUM** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.12

**APREPITANTUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **APREPITANTUM** | WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE >70 MG/M$^2$ – PROFILAKTYKA |

Załącznik C.0.13.

**LIPEGFILGRASTIMUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1. | **LIPEGFILGRASTIMUM** | SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIEJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI |

Załącznik C.0.14.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;<br>– NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;<br>– 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:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII |
| | | CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII |
| | | NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— 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.

**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM** | NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE ≥ 50 MG/M$^2$ – PROFILAKTYKA |

Załącznik C.0.16.b.

**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM** | WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA |

Załącznik C.0.17.

**DEXAMETHASONI PHOSPHAS**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **DEXAMETHASONI PHOSPHAS** | PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM |

Załącznik C.2.

**BICALUTAMIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **BICALUTAMIDUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |

Załącznik C.3.

**BLEOMYCIN SULPHATE**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 79 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 80 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 81 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 82 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 83 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 84 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 85 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 86 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 87 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 88 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C38.0 | SERCE |
| 89 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 91 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 92 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 93 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 94 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 95 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 96 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 97 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 98 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 99 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 100 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 101 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 102 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 103 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 104 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 105 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 106 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 107 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 108 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 109 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 110 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 111 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 112 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 113 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 114 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 115 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 116 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 117 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 118 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 119 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 120 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44 | INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY |
| 121 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.0 | SKÓRA WARGI |
| 122 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.1 | SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 123 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.2 | SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 124 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.3 | SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 125 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.4 | SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI |
| 126 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.5 | SKÓRA TUŁOWIA |
| 127 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.6 | SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 128 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.7 | SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 129 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI |
| 130 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C44.9 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 131 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 132 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 133 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 134 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 135 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 136 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 137 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 138 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 139 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 140 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 141 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 142 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 143 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 144 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 145 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 146 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 147 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 148 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 149 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 150 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 151 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 152 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 153 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 154 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 155 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 156 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57.7 | INNE OKRESLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 157 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 158 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 159 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 160 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 161 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C60.0 | NAPLETEK |
| 162 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 163 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 164 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 165 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 166 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 167 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 168 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 169 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 170 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 171 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 172 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 173 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C63.2 | MOSZNA |
| 174 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 175 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 176 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 177 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 178 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 179 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 180 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 181 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 182 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 183 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 184 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 185 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 186 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 187 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 188 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 189 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 190 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 191 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76.2 | BRZUCH |
| 192 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76.3 | MIEDNICA |
| 193 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 194 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 195 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 196 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 197 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 198 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 199 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 200 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 201 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 202 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 203 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 204 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 205 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 206 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 207 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 208 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 209 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 210 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 211 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 212 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 213 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 214 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 215 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 216 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 217 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 218 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 219 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 220 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 221 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 222 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 223 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 224 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY) |
| 225 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 226 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 227 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 228 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 229 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 230 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 231 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 232 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 233 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 234 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 235 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 236 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 237 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 238 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 239 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 240 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 241 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 242 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 243 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 244 | BLEOMYCIN SULPHATE | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 245 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 246 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 247 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 248 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 249 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 250 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 251 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 252 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 253 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 254 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 255 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 256 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 257 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 258 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 259 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 260 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 261 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 262 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 263 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 264 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 265 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 266 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 267 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 268 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 269 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 270 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 271 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 272 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 273 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 274 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 275 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 276 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 277 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 278 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 279 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 280 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 281 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 282 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 283 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 284 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 285 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 286 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 287 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 288 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 289 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 290 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 291 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 292 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 293 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 294 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 295 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 296 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 297 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 298 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 299 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 300 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 301 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 302 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 303 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 304 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 305 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 306 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 307 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 308 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 309 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 310 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 311 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D39.1 | JAJNIK |
| 312 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 313 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 314 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 315 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 316 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 317 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 318 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.5 | SKÓRA |
| 319 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.6 | SUTEK |
| 320 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 321 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 322 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 323 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 324 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 325 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 326 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 327 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 328 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 329 | **BLEOMYCIN SULPHATE** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.4.

**BUSULFANUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **BUSULFANUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 2 | **BUSULFANUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 3 | **BUSULFANUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 4 | **BUSULFANUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 5 | **BUSULFANUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 6 | **BUSULFANUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 7 | **BUSULFANUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 8 | **BUSULFANUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 9 | **BUSULFANUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 10 | **BUSULFANUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 11 | **BUSULFANUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 12 | **BUSULFANUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 13 | **BUSULFANUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 14 | **BUSULFANUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 15 | **BUSULFANUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 16 | **BUSULFANUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 17 | **BUSULFANUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 18 | **BUSULFANUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 19 | **BUSULFANUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 20 | **BUSULFANUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21 | **BUSULFANUM** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |
| 22 | **BUSULFANUM** | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA |

Załącznik C.5.a.

**CAPECITABINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CAPECITABINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 2 | **CAPECITABINUM** | C16.0 | WPUST |
| 3 | **CAPECITABINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 4 | **CAPECITABINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 5 | **CAPECITABINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 6 | **CAPECITABINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 7 | **CAPECITABINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | **CAPECITABINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 9 | **CAPECITABINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 10 | **CAPECITABINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 11 | **CAPECITABINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 12 | **CAPECITABINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 13 | **CAPECITABINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 14 | **CAPECITABINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 15 | **CAPECITABINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 16 | **CAPECITABINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 17 | **CAPECITABINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 18 | **CAPECITABINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 19 | **CAPECITABINUM** | C18.7 | ESICA |
| 20 | **CAPECITABINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21 | **CAPECITABINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 22 | **CAPECITABINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 23 | **CAPECITABINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 24 | **CAPECITABINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 25 | **CAPECITABINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 26 | **CAPECITABINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 27 | **CAPECITABINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 28 | **CAPECITABINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 29 | **CAPECITABINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 30 | **CAPECITABINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 31 | **CAPECITABINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 32 | **CAPECITABINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 33 | **CAPECITABINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 34 | **CAPECITABINUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.5.b.

**CAPECITABINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CAPECITABINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 2 | **CAPECITABINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 3 | **CAPECITABINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 4 | **CAPECITABINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 5 | **CAPECITABINUM** | C25.3 | PRZEWOD TRZUSTKOWY<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 6 | **CAPECITABINUM** | C25.4 | CZĘSC WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 7 | **CAPECITABINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 8 | **CAPECITABINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 9 | **CAPECITABINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |

Załącznik C.5.c.

**CAPECITABINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CAPECITABINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 2 | **CAPECITABINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 3 | **CAPECITABINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 4 | **CAPECITABINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 5 | **CAPECITABINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 6 | **CAPECITABINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIE OKREŚLONE<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |

Załącznik C.6.

## CARBOPLATINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **CARBOPLATINUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | **CARBOPLATINUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | **CARBOPLATINUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | **CARBOPLATINUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | **CARBOPLATINUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | **CARBOPLATINUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | **CARBOPLATINUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | **CARBOPLATINUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | **CARBOPLATINUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | **CARBOPLATINUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | **CARBOPLATINUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | **CARBOPLATINUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | **CARBOPLATINUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | **CARBOPLATINUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | **CARBOPLATINUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | **CARBOPLATINUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | **CARBOPLATINUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | **CARBOPLATINUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | **CARBOPLATINUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20. | **CARBOPLATINUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21. | **CARBOPLATINUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22. | **CARBOPLATINUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23. | **CARBOPLATINUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | **CARBOPLATINUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | **CARBOPLATINUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | **CARBOPLATINUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | **CARBOPLATINUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | **CARBOPLATINUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | **CARBOPLATINUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | **CARBOPLATINUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | **CARBOPLATINUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | **CARBOPLATINUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | **CARBOPLATINUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | **CARBOPLATINUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | **CARBOPLATINUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | **CARBOPLATINUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | **CARBOPLATINUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | **CARBOPLATINUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | **CARBOPLATINUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | **CARBOPLATINUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | **CARBOPLATINUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | **CARBOPLATINUM** | 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. | **CARBOPLATINUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | **CARBOPLATINUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | **CARBOPLATINUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | **CARBOPLATINUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | **CARBOPLATINUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | **CARBOPLATINUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | **CARBOPLATINUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | **CARBOPLATINUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | **CARBOPLATINUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | **CARBOPLATINUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | **CARBOPLATINUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | **CARBOPLATINUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | **CARBOPLATINUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | **CARBOPLATINUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | **CARBOPLATINUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58. | **CARBOPLATINUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | **CARBOPLATINUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | **CARBOPLATINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | **CARBOPLATINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | **CARBOPLATINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | **CARBOPLATINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | **CARBOPLATINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | **CARBOPLATINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66. | **CARBOPLATINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67. | **CARBOPLATINUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68. | **CARBOPLATINUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | **CARBOPLATINUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | **CARBOPLATINUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | **CARBOPLATINUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | **CARBOPLATINUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | **CARBOPLATINUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **CARBOPLATINUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | **CARBOPLATINUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76. | **CARBOPLATINUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | **CARBOPLATINUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | **CARBOPLATINUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘSC PRZEŁYKU<br>w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią |
| 79. | **CARBOPLATINUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘSC PRZEŁYKU<br>w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią |
| 80. | **CARBOPLATINUM** | C15.4 | SRODKOWA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU<br>w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią. |
| 81. | **CARBOPLATINUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU<br>w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią |
| 82. | **CARBOPLATINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 83. | **CARBOPLATINUM** | C16.0 | WPUST |
| 84. | **CARBOPLATINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 85. | **CARBOPLATINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 86. | **CARBOPLATINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 87. | **CARBOPLATINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 88. | **CARBOPLATINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 89. | **CARBOPLATINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 90. | **CARBOPLATINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 91. | **CARBOPLATINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 92. | **CARBOPLATINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 93. | **CARBOPLATINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 94. | **CARBOPLATINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 95. | **CARBOPLATINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 96. | **CARBOPLATINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 97. | **CARBOPLATINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 98. | **CARBOPLATINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 99. | **CARBOPLATINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 100. | **CARBOPLATINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 101. | **CARBOPLATINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 102. | **CARBOPLATINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 103. | **CARBOPLATINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 104. | **CARBOPLATINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 105. | **CARBOPLATINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 106. | **CARBOPLATINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 107. | **CARBOPLATINUM** | C18.7 | ESICA |
| 108. | **CARBOPLATINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 109. | **CARBOPLATINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 110. | **CARBOPLATINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 111. | **CARBOPLATINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 112. | **CARBOPLATINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113. | **CARBOPLATINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 114. | **CARBOPLATINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 115. | **CARBOPLATINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 116. | **CARBOPLATINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 117. | **CARBOPLATINUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 118. | **CARBOPLATINUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 119. | **CARBOPLATINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 120. | **CARBOPLATINUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 121. | **CARBOPLATINUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 122. | **CARBOPLATINUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 123. | **CARBOPLATINUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 124. | **CARBOPLATINUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 125. | **CARBOPLATINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 126. | **CARBOPLATINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 127. | **CARBOPLATINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 128. | **CARBOPLATINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 129. | **CARBOPLATINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 130. | **CARBOPLATINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 131. | **CARBOPLATINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 132. | **CARBOPLATINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 133. | **CARBOPLATINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 134. | **CARBOPLATINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 135. | **CARBOPLATINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 136. | **CARBOPLATINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 137. | **CARBOPLATINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 138. | **CARBOPLATINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 139. | **CARBOPLATINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 140. | **CARBOPLATINUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 141. | **CARBOPLATINUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 142. | **CARBOPLATINUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 143. | **CARBOPLATINUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 144. | **CARBOPLATINUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 145. | **CARBOPLATINUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 146. | **CARBOPLATINUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 147. | **CARBOPLATINUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 148. | **CARBOPLATINUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 149. | **CARBOPLATINUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 150. | **CARBOPLATINUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 151. | **CARBOPLATINUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 152. | **CARBOPLATINUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 153. | **CARBOPLATINUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 154. | **CARBOPLATINUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 155. | **CARBOPLATINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 156. | **CARBOPLATINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 157. | **CARBOPLATINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 158. | **CARBOPLATINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 159. | **CARBOPLATINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 160. | **CARBOPLATINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 161. | **CARBOPLATINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 162. | **CARBOPLATINUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 163. | **CARBOPLATINUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 164. | **CARBOPLATINUM** | C38.0 | SERCE |
| 165. | **CARBOPLATINUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 166. | **CARBOPLATINUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 167. | **CARBOPLATINUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 168. | **CARBOPLATINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 169. | **CARBOPLATINUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 170. | **CARBOPLATINUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 171. | **CARBOPLATINUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 172. | **CARBOPLATINUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 173. | **CARBOPLATINUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 174. | **CARBOPLATINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 175. | **CARBOPLATINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 176. | **CARBOPLATINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 177. | **CARBOPLATINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 178. | **CARBOPLATINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 179. | **CARBOPLATINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 180. | **CARBOPLATINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 181. | **CARBOPLATINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 182. | **CARBOPLATINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 183. | **CARBOPLATINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 184. | **CARBOPLATINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 185. | **CARBOPLATINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 186. | **CARBOPLATINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 187. | **CARBOPLATINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 188. | **CARBOPLATINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 189. | **CARBOPLATINUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 190. | **CARBOPLATINUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 191. | **CARBOPLATINUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 192. | **CARBOPLATINUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 193. | **CARBOPLATINUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 194. | **CARBOPLATINUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 195. | **CARBOPLATINUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 196. | **CARBOPLATINUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 197. | **CARBOPLATINUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 198. | **CARBOPLATINUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 199. | **CARBOPLATINUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 200. | **CARBOPLATINUM** | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 201. | **CARBOPLATINUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 202. | **CARBOPLATINUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 203. | **CARBOPLATINUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 204. | **CARBOPLATINUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 205. | **CARBOPLATINUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 206. | **CARBOPLATINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 207. | **CARBOPLATINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 208. | **CARBOPLATINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 209. | **CARBOPLATINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 210. | **CARBOPLATINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 211. | **CARBOPLATINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 212. | **CARBOPLATINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 213. | **CARBOPLATINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 214. | **CARBOPLATINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 215. | **CARBOPLATINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 216. | **CARBOPLATINUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 217. | **CARBOPLATINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 218. | **CARBOPLATINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 219. | **CARBOPLATINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 220. | **CARBOPLATINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 221. | **CARBOPLATINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 222. | **CARBOPLATINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 223. | **CARBOPLATINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 224. | **CARBOPLATINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 225. | **CARBOPLATINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 226. | **CARBOPLATINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 227. | **CARBOPLATINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 228. | **CARBOPLATINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 229. | **CARBOPLATINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 230. | **CARBOPLATINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 231. | **CARBOPLATINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 232. | **CARBOPLATINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 233. | **CARBOPLATINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 234. | **CARBOPLATINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 235. | **CARBOPLATINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 236. | **CARBOPLATINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 237. | **CARBOPLATINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 238. | **CARBOPLATINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 239. | **CARBOPLATINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 240. | **CARBOPLATINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 241. | **CARBOPLATINUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 242. | **CARBOPLATINUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 243. | **CARBOPLATINUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 244. | **CARBOPLATINUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 245. | **CARBOPLATINUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 246. | **CARBOPLATINUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 247. | **CARBOPLATINUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 248. | **CARBOPLATINUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 249. | **CARBOPLATINUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 250. | **CARBOPLATINUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 251. | **CARBOPLATINUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 252. | **CARBOPLATINUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 253. | **CARBOPLATINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 254. | **CARBOPLATINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 255. | **CARBOPLATINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 256. | **CARBOPLATINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 257. | **CARBOPLATINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 258. | **CARBOPLATINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 259. | **CARBOPLATINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 260. | **CARBOPLATINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 261. | **CARBOPLATINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 262. | **CARBOPLATINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 263. | **CARBOPLATINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 264. | **CARBOPLATINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 265. | **CARBOPLATINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 266. | **CARBOPLATINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 267. | **CARBOPLATINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 268. | **CARBOPLATINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 269. | **CARBOPLATINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 270. | **CARBOPLATINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 271. | **CARBOPLATINUM** | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 272. | **CARBOPLATINUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 273. | **CARBOPLATINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 274. | **CARBOPLATINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 275. | **CARBOPLATINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 276. | **CARBOPLATINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 277. | **CARBOPLATINUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 278. | **CARBOPLATINUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 279. | **CARBOPLATINUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 280. | **CARBOPLATINUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 281. | **CARBOPLATINUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 282. | **CARBOPLATINUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 283. | **CARBOPLATINUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 284. | **CARBOPLATINUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 285. | **CARBOPLATINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 286. | **CARBOPLATINUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 287. | **CARBOPLATINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 288. | **CARBOPLATINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 289. | **CARBOPLATINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 290. | **CARBOPLATINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 291. | **CARBOPLATINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 292. | **CARBOPLATINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 293. | **CARBOPLATINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 294. | **CARBOPLATINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 295. | **CARBOPLATINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 296. | **CARBOPLATINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 297. | **CARBOPLATINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 298. | **CARBOPLATINUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 299. | **CARBOPLATINUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 300. | **CARBOPLATINUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 301. | **CARBOPLATINUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 302. | **CARBOPLATINUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 303. | **CARBOPLATINUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 304. | **CARBOPLATINUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 305. | **CARBOPLATINUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 306. | **CARBOPLATINUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 307. | **CARBOPLATINUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 308. | **CARBOPLATINUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 309. | **CARBOPLATINUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 310. | **CARBOPLATINUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 311. | **CARBOPLATINUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 312. | **CARBOPLATINUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 313. | **CARBOPLATINUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 314. | **CARBOPLATINUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 315. | **CARBOPLATINUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 316. | **CARBOPLATINUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 317. | **CARBOPLATINUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 318. | **CARBOPLATINUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 319. | **CARBOPLATINUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 320. | **CARBOPLATINUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 321. | **CARBOPLATINUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 322. | **CARBOPLATINUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 323. | **CARBOPLATINUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 324. | **CARBOPLATINUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 325. | **CARBOPLATINUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 326. | **CARBOPLATINUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 327. | **CARBOPLATINUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 328. | **CARBOPLATINUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 329. | **CARBOPLATINUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 330. | **CARBOPLATINUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 331. | **CARBOPLATINUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 332. | **CARBOPLATINUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 333. | **CARBOPLATINUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 334. | **CARBOPLATINUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 335. | **CARBOPLATINUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 336. | **CARBOPLATINUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 337. | **CARBOPLATINUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 338. | **CARBOPLATINUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 339. | **CARBOPLATINUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 340. | **CARBOPLATINUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 341. | **CARBOPLATINUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 342. | **CARBOPLATINUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 343. | **CARBOPLATINUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 344. | **CARBOPLATINUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 345. | **CARBOPLATINUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 346. | **CARBOPLATINUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 347. | **CARBOPLATINUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 348. | **CARBOPLATINUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 349. | **CARBOPLATINUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 350. | **CARBOPLATINUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 351. | **CARBOPLATINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 352. | **CARBOPLATINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 353. | **CARBOPLATINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 354. | **CARBOPLATINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 355. | **CARBOPLATINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 356. | **CARBOPLATINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 357. | **CARBOPLATINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 358. | **CARBOPLATINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 359. | **CARBOPLATINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 360. | **CARBOPLATINUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 361. | **CARBOPLATINUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 362. | **CARBOPLATINUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 363. | **CARBOPLATINUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 364. | **CARBOPLATINUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 365. | **CARBOPLATINUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 366. | **CARBOPLATINUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 367. | **CARBOPLATINUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 368. | **CARBOPLATINUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 369. | **CARBOPLATINUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 370. | **CARBOPLATINUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 371. | **CARBOPLATINUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 372. | **CARBOPLATINUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 373. | **CARBOPLATINUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 374. | **CARBOPLATINUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 375. | **CARBOPLATINUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 376. | **CARBOPLATINUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 377. | **CARBOPLATINUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 378. | **CARBOPLATINUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 379. | **CARBOPLATINUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 380. | **CARBOPLATINUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 381. | **CARBOPLATINUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 382. | **CARBOPLATINUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 383. | **CARBOPLATINUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 384. | **CARBOPLATINUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 385. | **CARBOPLATINUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 386. | **CARBOPLATINUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 387. | **CARBOPLATINUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 388. | **CARBOPLATINUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 389. | **CARBOPLATINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 390. | **CARBOPLATINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 391. | **CARBOPLATINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 392. | **CARBOPLATINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 393. | **CARBOPLATINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 394. | **CARBOPLATINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 395. | **CARBOPLATINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 396. | **CARBOPLATINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 397. | **CARBOPLATINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 398. | **CARBOPLATINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 399. | **CARBOPLATINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 400. | **CARBOPLATINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 401. | **CARBOPLATINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 402. | **CARBOPLATINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 403. | **CARBOPLATINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 404. | **CARBOPLATINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 405. | **CARBOPLATINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 406. | **CARBOPLATINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 407. | **CARBOPLATINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 408. | **CARBOPLATINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 409. | **CARBOPLATINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 410. | **CARBOPLATINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 411. | **CARBOPLATINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 412. | **CARBOPLATINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 413. | **CARBOPLATINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 414. | **CARBOPLATINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 415. | **CARBOPLATINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 416. | **CARBOPLATINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 417. | **CARBOPLATINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 418. | **CARBOPLATINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 419. | **CARBOPLATINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 420. | **CARBOPLATINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 421. | **CARBOPLATINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 422. | **CARBOPLATINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 423. | **CARBOPLATINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 424. | **CARBOPLATINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 425. | **CARBOPLATINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 426. | **CARBOPLATINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 427. | **CARBOPLATINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 428. | **CARBOPLATINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 429. | **CARBOPLATINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 430. | **CARBOPLATINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 431. | **CARBOPLATINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 432. | **CARBOPLATINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 433. | **CARBOPLATINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 434. | **CARBOPLATINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 435. | **CARBOPLATINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 436. | **CARBOPLATINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 437. | **CARBOPLATINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 438. | **CARBOPLATINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 439. | **CARBOPLATINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 440. | **CARBOPLATINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 441. | **CARBOPLATINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 442. | **CARBOPLATINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 443. | **CARBOPLATINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 444. | **CARBOPLATINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 445. | **CARBOPLATINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 446. | **CARBOPLATINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 447. | **CARBOPLATINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 448. | **CARBOPLATINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 449. | **CARBOPLATINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 450. | **CARBOPLATINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 451. | **CARBOPLATINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 452. | **CARBOPLATINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 453. | **CARBOPLATINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 454. | **CARBOPLATINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 455. | **CARBOPLATINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 456. | **CARBOPLATINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 457. | **CARBOPLATINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 458. | **CARBOPLATINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 459. | **CARBOPLATINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 460. | **CARBOPLATINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 461. | **CARBOPLATINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 462. | **CARBOPLATINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 463. | **CARBOPLATINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 464. | **CARBOPLATINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 465. | **CARBOPLATINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 466. | **CARBOPLATINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 467. | **CARBOPLATINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 468. | **CARBOPLATINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 469. | **CARBOPLATINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 470. | **CARBOPLATINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 471. | **CARBOPLATINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 472. | **CARBOPLATINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 473. | **CARBOPLATINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 474. | **CARBOPLATINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 475. | **CARBOPLATINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 476. | **CARBOPLATINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 477. | **CARBOPLATINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 478. | **CARBOPLATINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 479. | **CARBOPLATINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 480. | **CARBOPLATINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 481. | **CARBOPLATINUM** | 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 |
|---|---|---|---|
| 482. | **CARBOPLATINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 483. | **CARBOPLATINUM** | D00.2 | ŻOŁĄDEK |
| 484. | **CARBOPLATINUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 485. | **CARBOPLATINUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 486. | **CARBOPLATINUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 487. | **CARBOPLATINUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 488. | **CARBOPLATINUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 489. | **CARBOPLATINUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 490. | **CARBOPLATINUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 491. | **CARBOPLATINUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 492. | **CARBOPLATINUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 493. | **CARBOPLATINUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 494. | **CARBOPLATINUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 495. | **CARBOPLATINUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 496. | **CARBOPLATINUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 497. | **CARBOPLATINUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 498. | **CARBOPLATINUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 499. | **CARBOPLATINUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 500. | **CARBOPLATINUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 501. | **CARBOPLATINUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 502. | **CARBOPLATINUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 503. | **CARBOPLATINUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 504. | **CARBOPLATINUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 505. | **CARBOPLATINUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 506. | **CARBOPLATINUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 507. | **CARBOPLATINUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 508. | **CARBOPLATINUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 509. | **CARBOPLATINUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 510. | **CARBOPLATINUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 511. | **CARBOPLATINUM** | D07.1 | SROM |
| 512. | **CARBOPLATINUM** | D07.2 | POCHWA |
| 513. | **CARBOPLATINUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 514. | **CARBOPLATINUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 515. | **CARBOPLATINUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 516. | **CARBOPLATINUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 517. | **CARBOPLATINUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 518. | **CARBOPLATINUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 519. | **CARBOPLATINUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 520. | **CARBOPLATINUM** | D09.2 | OKO |
| 521. | **CARBOPLATINUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 522. | **CARBOPLATINUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 523. | **CARBOPLATINUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 524. | **CARBOPLATINUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 525. | **CARBOPLATINUM** | D10.0 | WARGA |
| 526. | **CARBOPLATINUM** | D10.1 | JĘZYK |
| 527. | **CARBOPLATINUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 528. | **CARBOPLATINUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 529. | **CARBOPLATINUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 530. | **CARBOPLATINUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 531. | **CARBOPLATINUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 532. | **CARBOPLATINUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 533. | **CARBOPLATINUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 534. | **CARBOPLATINUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 535. | **CARBOPLATINUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 536. | **CARBOPLATINUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 537. | **CARBOPLATINUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 538. | **CARBOPLATINUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 539. | **CARBOPLATINUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 540. | **CARBOPLATINUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 541. | **CARBOPLATINUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 542. | **CARBOPLATINUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 543. | **CARBOPLATINUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 544. | **CARBOPLATINUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 545. | **CARBOPLATINUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 546. | **CARBOPLATINUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 547. | **CARBOPLATINUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 548. | **CARBOPLATINUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 549. | **CARBOPLATINUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 550. | **CARBOPLATINUM** | D13.0 | PRZEŁYK |
| 551. | **CARBOPLATINUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 552. | **CARBOPLATINUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 553. | **CARBOPLATINUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 554. | **CARBOPLATINUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 555. | **CARBOPLATINUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 556. | **CARBOPLATINUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 557. | **CARBOPLATINUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 558. | **CARBOPLATINUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 559. | **CARBOPLATINUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 560. | **CARBOPLATINUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 561. | **CARBOPLATINUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 562. | **CARBOPLATINUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 563. | **CARBOPLATINUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 564. | **CARBOPLATINUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 565. | **CARBOPLATINUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 566. | **CARBOPLATINUM** | D15.0 | GRASICA |
| 567. | **CARBOPLATINUM** | D15.1 | SERCE |
| 568. | **CARBOPLATINUM** | D15.2 | ŚRÓDPIERSIE |
| 569. | **CARBOPLATINUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 570. | **CARBOPLATINUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 571. | **CARBOPLATINUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 572. | **CARBOPLATINUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 573. | **CARBOPLATINUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 574. | **CARBOPLATINUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 575. | **CARBOPLATINUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 576. | **CARBOPLATINUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 577. | **CARBOPLATINUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 578. | **CARBOPLATINUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 579. | **CARBOPLATINUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 580. | **CARBOPLATINUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 581. | **CARBOPLATINUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 582. | **CARBOPLATINUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 583. | **CARBOPLATINUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 584. | **CARBOPLATINUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 585. | **CARBOPLATINUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 586. | **CARBOPLATINUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 587. | **CARBOPLATINUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 588. | **CARBOPLATINUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 589. | **CARBOPLATINUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 590. | **CARBOPLATINUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 591. | **CARBOPLATINUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 592. | **CARBOPLATINUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 593. | **CARBOPLATINUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 594. | **CARBOPLATINUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 595. | **CARBOPLATINUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 596. | **CARBOPLATINUM** | D28.0 | SROM |
| 597. | **CARBOPLATINUM** | D28.1 | POCHWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 598. | **CARBOPLATINUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 599. | **CARBOPLATINUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 600. | **CARBOPLATINUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 601. | **CARBOPLATINUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 602. | **CARBOPLATINUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 603. | **CARBOPLATINUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 604. | **CARBOPLATINUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 605. | **CARBOPLATINUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 606. | **CARBOPLATINUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 607. | **CARBOPLATINUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 608. | **CARBOPLATINUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 609. | **CARBOPLATINUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 610. | **CARBOPLATINUM** | D30.0 | NERKA |
| 611. | **CARBOPLATINUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 612. | **CARBOPLATINUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 613. | **CARBOPLATINUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 614. | **CARBOPLATINUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 615. | **CARBOPLATINUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 616. | **CARBOPLATINUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 617. | **CARBOPLATINUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 618. | **CARBOPLATINUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 619. | **CARBOPLATINUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 620. | **CARBOPLATINUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 621. | **CARBOPLATINUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 622. | **CARBOPLATINUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 623. | **CARBOPLATINUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 624. | **CARBOPLATINUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 625. | **CARBOPLATINUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 626. | **CARBOPLATINUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 627. | **CARBOPLATINUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 628. | **CARBOPLATINUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 629. | **CARBOPLATINUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 630. | **CARBOPLATINUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 631. | **CARBOPLATINUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 632. | **CARBOPLATINUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 633. | **CARBOPLATINUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 634. | **CARBOPLATINUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 635. | **CARBOPLATINUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 636. | **CARBOPLATINUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 637. | **CARBOPLATINUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 638. | **CARBOPLATINUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 639. | **CARBOPLATINUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 640. | **CARBOPLATINUM** | D35.0 | NADNERCZA |
| 641. | **CARBOPLATINUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 642. | **CARBOPLATINUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 643. | **CARBOPLATINUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 644. | **CARBOPLATINUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 645. | **CARBOPLATINUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 646. | **CARBOPLATINUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 647. | **CARBOPLATINUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 648. | **CARBOPLATINUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 649. | **CARBOPLATINUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 650. | **CARBOPLATINUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 651. | **CARBOPLATINUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 652. | **CARBOPLATINUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 653. | **CARBOPLATINUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 654. | **CARBOPLATINUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 655. | **CARBOPLATINUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 656. | **CARBOPLATINUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 657. | **CARBOPLATINUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 658. | **CARBOPLATINUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 659. | **CARBOPLATINUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 660. | **CARBOPLATINUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 661. | **CARBOPLATINUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 662. | **CARBOPLATINUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 663. | **CARBOPLATINUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 664. | **CARBOPLATINUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 665. | **CARBOPLATINUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 666. | **CARBOPLATINUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 667. | **CARBOPLATINUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 668. | **CARBOPLATINUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 669. | **CARBOPLATINUM** | D38.3 | SRÓDPIERSIE |
| 670. | **CARBOPLATINUM** | D38.4 | GRASICA |
| 671. | **CARBOPLATINUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 672. | **CARBOPLATINUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 673. | **CARBOPLATINUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 674. | **CARBOPLATINUM** | D39.0 | MACICA |
| 675. | **CARBOPLATINUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 676. | **CARBOPLATINUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 677. | **CARBOPLATINUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 678. | **CARBOPLATINUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 679. | **CARBOPLATINUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 680. | **CARBOPLATINUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 681. | **CARBOPLATINUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 682. | **CARBOPLATINUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 683. | **CARBOPLATINUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 684. | **CARBOPLATINUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 685. | **CARBOPLATINUM** | D41.0 | NERKA |
| 686. | **CARBOPLATINUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 687. | **CARBOPLATINUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 688. | **CARBOPLATINUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 689. | **CARBOPLATINUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 690. | **CARBOPLATINUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 691. | **CARBOPLATINUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 692. | **CARBOPLATINUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 693. | **CARBOPLATINUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 694. | **CARBOPLATINUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 695. | **CARBOPLATINUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 696. | **CARBOPLATINUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 697. | **CARBOPLATINUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 698. | **CARBOPLATINUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 699. | **CARBOPLATINUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 700. | **CARBOPLATINUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 701. | **CARBOPLATINUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 702. | **CARBOPLATINUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 703. | **CARBOPLATINUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 704. | **CARBOPLATINUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 705. | **CARBOPLATINUM** | D44.0 | TARCZYCA |
| 706. | **CARBOPLATINUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 707. | **CARBOPLATINUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 708. | **CARBOPLATINUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 709. | **CARBOPLATINUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 710. | **CARBOPLATINUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 711. | **CARBOPLATINUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 712. | **CARBOPLATINUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 713. | **CARBOPLATINUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 714. | **CARBOPLATINUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 715. | **CARBOPLATINUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 716. | **CARBOPLATINUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 717. | **CARBOPLATINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE |
| 718. | **CARBOPLATINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 719. | **CARBOPLATINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 720. | **CARBOPLATINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 721. | **CARBOPLATINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 722. | **CARBOPLATINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 723. | **CARBOPLATINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 724. | **CARBOPLATINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 725. | **CARBOPLATINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 726. | **CARBOPLATINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 727. | **CARBOPLATINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 728. | **CARBOPLATINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 729. | **CARBOPLATINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 730. | **CARBOPLATINUM** | E85 | AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/ |
| 731. | **CARBOPLATINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 732. | **CARBOPLATINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 733. | **CARBOPLATINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 734. | **CARBOPLATINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 735. | **CARBOPLATINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 736. | **CARBOPLATINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 737. | **CARBOPLATINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.8.

## CHLORAMBUCILUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CHLORAMBUCILUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 2 | **CHLORAMBUCILUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 3 | **CHLORAMBUCILUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 4 | **CHLORAMBUCILUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 5 | **CHLORAMBUCILUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 6 | **CHLORAMBUCILUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 7 | **CHLORAMBUCILUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 8 | **CHLORAMBUCILUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 9 | **CHLORAMBUCILUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 10 | **CHLORAMBUCILUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 11 | **CHLORAMBUCILUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 12 | **CHLORAMBUCILUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 13 | **CHLORAMBUCILUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 14 | **CHLORAMBUCILUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 15 | **CHLORAMBUCILUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 16 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 17 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 18 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 20 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 21 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 22 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 23 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 24 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 25 | **CHLORAMBUCILUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 26 | **CHLORAMBUCILUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 27 | **CHLORAMBUCILUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 28 | **CHLORAMBUCILUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 29 | **CHLORAMBUCILUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 30 | **CHLORAMBUCILUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 31 | **CHLORAMBUCILUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 32 | **CHLORAMBUCILUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 33 | **CHLORAMBUCILUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 34 | **CHLORAMBUCILUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 35 | **CHLORAMBUCILUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 36 | **CHLORAMBUCILUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 37 | **CHLORAMBUCILUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 38 | **CHLORAMBUCILUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 39 | **CHLORAMBUCILUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 40 | **CHLORAMBUCILUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 41 | **CHLORAMBUCILUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 42 | **CHLORAMBUCILUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **CHLORAMBUCILUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 44 | **CHLORAMBUCILUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 45 | **CHLORAMBUCILUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 46 | **CHLORAMBUCILUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 47 | **CHLORAMBUCILUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.10.

## CICLOSPORINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CICLOSPORINUM** | D61 | INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE |
| 2 | **CICLOSPORINUM** | D61.0 | NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA |
| 3 | **CICLOSPORINUM** | D61.1 | NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI |
| 4 | **CICLOSPORINUM** | D61.2 | NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI |
| 5 | **CICLOSPORINUM** | D61.3 | NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA |
| 6 | **CICLOSPORINUM** | D61.8 | INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE |
| 7 | **CICLOSPORINUM** | D61.9 | NIEOKRESLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA |
| 8 | **CICLOSPORINUM** | D76 | NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO |
| 9 | **CICLOSPORINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 10 | **CICLOSPORINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 11 | **CICLOSPORINUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 12 | **CICLOSPORINUM** | D76.3 | INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE |
| 13 | **CICLOSPORINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 14 | **CICLOSPORINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 15 | **CICLOSPORINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 16 | **CICLOSPORINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |

Załącznik C.11.

**CISPLATINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CISPLATINUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **CISPLATINUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **CISPLATINUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **CISPLATINUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **CISPLATINUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **CISPLATINUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **CISPLATINUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **CISPLATINUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **CISPLATINUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **CISPLATINUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **CISPLATINUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **CISPLATINUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **CISPLATINUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **CISPLATINUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **CISPLATINUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **CISPLATINUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **CISPLATINUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **CISPLATINUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **CISPLATINUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20 | **CISPLATINUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21 | **CISPLATINUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **CISPLATINUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **CISPLATINUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **CISPLATINUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **CISPLATINUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **CISPLATINUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **CISPLATINUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **CISPLATINUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **CISPLATINUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **CISPLATINUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **CISPLATINUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **CISPLATINUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **CISPLATINUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **CISPLATINUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **CISPLATINUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **CISPLATINUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **CISPLATINUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **CISPLATINUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **CISPLATINUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **CISPLATINUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **CISPLATINUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **CISPLATINUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43 | **CISPLATINUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **CISPLATINUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 45 | **CISPLATINUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **CISPLATINUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **CISPLATINUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **CISPLATINUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **CISPLATINUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **CISPLATINUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **CISPLATINUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **CISPLATINUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **CISPLATINUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **CISPLATINUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **CISPLATINUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **CISPLATINUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **CISPLATINUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **CISPLATINUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **CISPLATINUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **CISPLATINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **CISPLATINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **CISPLATINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **CISPLATINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **CISPLATINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **CISPLATINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **CISPLATINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67 | **CISPLATINUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **CISPLATINUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **CISPLATINUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 70 | **CISPLATINUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **CISPLATINUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **CISPLATINUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **CISPLATINUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **CISPLATINUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **CISPLATINUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **CISPLATINUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **CISPLATINUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **CISPLATINUM** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 79 | **CISPLATINUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 80 | **CISPLATINUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 81 | **CISPLATINUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 82 | **CISPLATINUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 83 | **CISPLATINUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 84 | **CISPLATINUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 85 | **CISPLATINUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 86 | **CISPLATINUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 87 | **CISPLATINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 88 | **CISPLATINUM** | C16.0 | WPUST |
| 89 | **CISPLATINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 90 | **CISPLATINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 91 | **CISPLATINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 92 | **CISPLATINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 93 | **CISPLATINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 94 | **CISPLATINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 95 | **CISPLATINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 96 | **CISPLATINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 97 | **CISPLATINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 98 | **CISPLATINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 99 | **CISPLATINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 100 | **CISPLATINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 101 | **CISPLATINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 102 | **CISPLATINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 103 | **CISPLATINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 104 | **CISPLATINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 105 | **CISPLATINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 106 | **CISPLATINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 107 | **CISPLATINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 108 | **CISPLATINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 109 | **CISPLATINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 110 | **CISPLATINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 111 | **CISPLATINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 112 | **CISPLATINUM** | C18.7 | ESICA |
| 113 | **CISPLATINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 114 | **CISPLATINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 115 | **CISPLATINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 116 | **CISPLATINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 117 | **CISPLATINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 118 | **CISPLATINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 119 | **CISPLATINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 120 | **CISPLATINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 121 | **CISPLATINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 122 | **CISPLATINUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 123 | **CISPLATINUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 124 | **CISPLATINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 125 | **CISPLATINUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 126 | **CISPLATINUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 127 | **CISPLATINUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 128 | **CISPLATINUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 129 | **CISPLATINUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 130 | **CISPLATINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 131 | **CISPLATINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 132 | **CISPLATINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 133 | **CISPLATINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 134 | **CISPLATINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 135 | **CISPLATINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 136 | **CISPLATINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 137 | **CISPLATINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 138 | **CISPLATINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 139 | **CISPLATINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 140 | **CISPLATINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 141 | **CISPLATINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 142 | **CISPLATINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 143 | **CISPLATINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 144 | **CISPLATINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 145 | **CISPLATINUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 146 | **CISPLATINUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 147 | **CISPLATINUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 148 | **CISPLATINUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 149 | **CISPLATINUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 150 | **CISPLATINUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 151 | **CISPLATINUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 152 | **CISPLATINUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 153 | **CISPLATINUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 154 | **CISPLATINUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 155 | **CISPLATINUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 156 | **CISPLATINUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 157 | **CISPLATINUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 158 | **CISPLATINUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 159 | **CISPLATINUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 160 | **CISPLATINUM** | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |
| 161 | **CISPLATINUM** | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 162 | **CISPLATINUM** | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 163 | **CISPLATINUM** | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 164 | **CISPLATINUM** | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 165 | **CISPLATINUM** | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 166 | **CISPLATINUM** | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 167 | **CISPLATINUM** | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 168 | **CISPLATINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 169 | **CISPLATINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 170 | **CISPLATINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 171 | **CISPLATINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 172 | **CISPLATINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 173 | **CISPLATINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 174 | **CISPLATINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 175 | **CISPLATINUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 176 | **CISPLATINUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 177 | **CISPLATINUM** | C38.0 | SERCE |
| 178 | **CISPLATINUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 179 | **CISPLATINUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 180 | **CISPLATINUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 181 | **CISPLATINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 182 | **CISPLATINUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 183 | **CISPLATINUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 184 | **CISPLATINUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 185 | **CISPLATINUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 186 | **CISPLATINUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 187 | **CISPLATINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 188 | **CISPLATINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 189 | **CISPLATINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 190 | **CISPLATINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 191 | **CISPLATINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 192 | **CISPLATINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 193 | **CISPLATINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 194 | **CISPLATINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 195 | **CISPLATINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 196 | **CISPLATINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 197 | **CISPLATINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 198 | **CISPLATINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 199 | **CISPLATINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 200 | **CISPLATINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 201 | **CISPLATINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 202 | **CISPLATINUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 203 | **CISPLATINUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 204 | **CISPLATINUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 205 | **CISPLATINUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 206 | **CISPLATINUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 207 | **CISPLATINUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 208 | **CISPLATINUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 209 | **CISPLATINUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 210 | **CISPLATINUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 211 | **CISPLATINUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 212 | **CISPLATINUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 213 | **CISPLATINUM** | C44 | INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY |
| 214 | **CISPLATINUM** | C44.0 | SKÓRA WARGI |
| 215 | **CISPLATINUM** | C44.1 | SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 216 | **CISPLATINUM** | C44.2 | SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 217 | **CISPLATINUM** | C44.3 | SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 218 | **CISPLATINUM** | C44.4 | SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI |
| 219 | **CISPLATINUM** | C44.5 | SKÓRA TUŁOWIA |
| 220 | **CISPLATINUM** | C44.6 | SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 221 | **CISPLATINUM** | C44.7 | SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 222 | **CISPLATINUM** | C44.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI |
| 223 | **CISPLATINUM** | C44.9 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 224 | **CISPLATINUM** | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 225 | **CISPLATINUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 226 | **CISPLATINUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 227 | **CISPLATINUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 228 | **CISPLATINUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 229 | **CISPLATINUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 230 | **CISPLATINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 231 | **CISPLATINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 232 | **CISPLATINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 233 | **CISPLATINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 234 | **CISPLATINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 235 | **CISPLATINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 236 | **CISPLATINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 237 | **CISPLATINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 238 | **CISPLATINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 239 | **CISPLATINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 240 | **CISPLATINUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 241 | **CISPLATINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 242 | **CISPLATINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 243 | **CISPLATINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 244 | **CISPLATINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 245 | **CISPLATINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 246 | **CISPLATINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 247 | **CISPLATINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 248 | **CISPLATINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 249 | **CISPLATINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 250 | **CISPLATINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 251 | **CISPLATINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 252 | **CISPLATINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 253 | **CISPLATINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 254 | **CISPLATINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 255 | **CISPLATINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 256 | **CISPLATINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 257 | **CISPLATINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 258 | **CISPLATINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 259 | **CISPLATINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 260 | **CISPLATINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 261 | **CISPLATINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 262 | **CISPLATINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 263 | **CISPLATINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 264 | **CISPLATINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 265 | **CISPLATINUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 266 | **CISPLATINUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 267 | **CISPLATINUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 268 | **CISPLATINUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 269 | **CISPLATINUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 270 | **CISPLATINUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 271 | **CISPLATINUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 272 | **CISPLATINUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 273 | **CISPLATINUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 274 | **CISPLATINUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 275 | **CISPLATINUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 276 | **CISPLATINUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 277 | **CISPLATINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 278 | **CISPLATINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 279 | **CISPLATINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 280 | **CISPLATINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 281 | **CISPLATINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 282 | **CISPLATINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 283 | **CISPLATINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 284 | **CISPLATINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 285 | **CISPLATINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 286 | **CISPLATINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 287 | **CISPLATINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 288 | **CISPLATINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 289 | **CISPLATINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 290 | **CISPLATINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 291 | **CISPLATINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 292 | **CISPLATINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 293 | **CISPLATINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 294 | **CISPLATINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 295 | **CISPLATINUM** | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 296 | **CISPLATINUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 297 | **CISPLATINUM** | C60.0 | NAPLETEK |
| 298 | **CISPLATINUM** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 299 | **CISPLATINUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 300 | **CISPLATINUM** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 301 | **CISPLATINUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 302 | **CISPLATINUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 303 | **CISPLATINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 304 | **CISPLATINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 305 | **CISPLATINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 306 | **CISPLATINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 307 | **CISPLATINUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 308 | **CISPLATINUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 309 | **CISPLATINUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 310 | **CISPLATINUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 311 | **CISPLATINUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 312 | **CISPLATINUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 313 | **CISPLATINUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 314 | **CISPLATINUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 315 | **CISPLATINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 316 | **CISPLATINUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 317 | **CISPLATINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 318 | **CISPLATINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 319 | **CISPLATINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 320 | **CISPLATINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 321 | **CISPLATINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 322 | **CISPLATINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 323 | **CISPLATINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 324 | **CISPLATINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 325 | **CISPLATINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 326 | **CISPLATINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 327 | **CISPLATINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 328 | **CISPLATINUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 329 | **CISPLATINUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 330 | **CISPLATINUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 331 | **CISPLATINUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 332 | **CISPLATINUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 333 | **CISPLATINUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 334 | **CISPLATINUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 335 | **CISPLATINUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 336 | **CISPLATINUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 337 | **CISPLATINUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 338 | **CISPLATINUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 339 | **CISPLATINUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 340 | **CISPLATINUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 341 | **CISPLATINUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 342 | **CISPLATINUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 343 | **CISPLATINUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 344 | **CISPLATINUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 345 | **CISPLATINUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 346 | **CISPLATINUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 347 | **CISPLATINUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 348 | **CISPLATINUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 349 | **CISPLATINUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 350 | **CISPLATINUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 351 | **CISPLATINUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 352 | **CISPLATINUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 353 | **CISPLATINUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 354 | **CISPLATINUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 355 | **CISPLATINUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 356 | **CISPLATINUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 357 | **CISPLATINUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 358 | **CISPLATINUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 359 | **CISPLATINUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 360 | **CISPLATINUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 361 | **CISPLATINUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 362 | **CISPLATINUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 363 | **CISPLATINUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 364 | **CISPLATINUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 365 | **CISPLATINUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 366 | **CISPLATINUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 367 | **CISPLATINUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 368 | **CISPLATINUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 369 | **CISPLATINUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 370 | **CISPLATINUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 371 | **CISPLATINUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 372 | **CISPLATINUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 373 | **CISPLATINUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 374 | **CISPLATINUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 375 | **CISPLATINUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 376 | **CISPLATINUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 377 | **CISPLATINUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 378 | **CISPLATINUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 379 | **CISPLATINUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 380 | **CISPLATINUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 381 | **CISPLATINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH |
| 382 | **CISPLATINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 383 | **CISPLATINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 384 | **CISPLATINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 385 | **CISPLATINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 386 | **CISPLATINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 387 | **CISPLATINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 388 | **CISPLATINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 389 | **CISPLATINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 390 | **CISPLATINUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 391 | **CISPLATINUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 392 | **CISPLATINUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 393 | **CISPLATINUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 394 | **CISPLATINUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 395 | **CISPLATINUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 396 | **CISPLATINUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 397 | **CISPLATINUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 398 | **CISPLATINUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 399 | **CISPLATINUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 400 | **CISPLATINUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 401 | **CISPLATINUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 402 | **CISPLATINUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 403 | **CISPLATINUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 404 | **CISPLATINUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 405 | **CISPLATINUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 406 | **CISPLATINUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 407 | **CISPLATINUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 408 | **CISPLATINUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 409 | **CISPLATINUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 410 | **CISPLATINUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 411 | **CISPLATINUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 412 | **CISPLATINUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 413 | **CISPLATINUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 414 | **CISPLATINUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 415 | **CISPLATINUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 416 | **CISPLATINUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 417 | **CISPLATINUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 418 | **CISPLATINUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 419 | **CISPLATINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 420 | **CISPLATINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 421 | **CISPLATINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 422 | **CISPLATINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 423 | **CISPLATINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 424 | **CISPLATINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 425 | **CISPLATINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 426 | **CISPLATINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 427 | **CISPLATINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 428 | **CISPLATINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 429 | **CISPLATINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 430 | **CISPLATINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 431 | **CISPLATINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 432 | **CISPLATINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 433 | **CISPLATINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 434 | **CISPLATINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 435 | **CISPLATINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 436 | **CISPLATINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 437 | **CISPLATINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 438 | **CISPLATINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 439 | **CISPLATINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 440 | **CISPLATINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 441 | **CISPLATINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 442 | **CISPLATINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 443 | **CISPLATINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 444 | **CISPLATINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 445 | **CISPLATINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 446 | **CISPLATINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 447 | **CISPLATINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 448 | **CISPLATINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 449 | **CISPLATINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 450 | **CISPLATINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 451 | **CISPLATINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 452 | **CISPLATINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 453 | **CISPLATINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 454 | **CISPLATINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 455 | **CISPLATINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 456 | **CISPLATINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 457 | **CISPLATINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 458 | **CISPLATINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 459 | **CISPLATINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 460 | **CISPLATINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 461 | **CISPLATINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 462 | **CISPLATINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 463 | **CISPLATINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 464 | **CISPLATINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 465 | **CISPLATINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 466 | **CISPLATINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 467 | **CISPLATINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 468 | **CISPLATINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 469 | **CISPLATINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 470 | **CISPLATINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 471 | **CISPLATINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 472 | **CISPLATINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 473 | **CISPLATINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 474 | **CISPLATINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 475 | **CISPLATINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 476 | **CISPLATINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 477 | **CISPLATINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 478 | **CISPLATINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 479 | **CISPLATINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 480 | **CISPLATINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 481 | **CISPLATINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 482 | **CISPLATINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 483 | **CISPLATINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 484 | **CISPLATINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 485 | **CISPLATINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 486 | **CISPLATINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 487 | **CISPLATINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 488 | **CISPLATINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 489 | **CISPLATINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 490 | **CISPLATINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 491 | **CISPLATINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 492 | **CISPLATINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 493 | **CISPLATINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 494 | **CISPLATINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 495 | **CISPLATINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 496 | **CISPLATINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 497 | **CISPLATINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 498 | **CISPLATINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 499 | **CISPLATINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 500 | **CISPLATINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 501 | **CISPLATINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 502 | **CISPLATINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 503 | **CISPLATINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 504 | **CISPLATINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 505 | **CISPLATINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 506 | **CISPLATINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 507 | **CISPLATINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 508 | **CISPLATINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 509 | **CISPLATINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 510 | **CISPLATINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 511 | **CISPLATINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 512 | **CISPLATINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 513 | **CISPLATINUM** | D00.2 | ŻOŁĄDEK |
| 514 | **CISPLATINUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 515 | **CISPLATINUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 516 | **CISPLATINUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 517 | **CISPLATINUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 518 | **CISPLATINUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 519 | **CISPLATINUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 520 | **CISPLATINUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 521 | **CISPLATINUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 522 | **CISPLATINUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 523 | **CISPLATINUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 524 | **CISPLATINUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 525 | **CISPLATINUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 526 | **CISPLATINUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 527 | **CISPLATINUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 528 | **CISPLATINUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 529 | **CISPLATINUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 530 | **CISPLATINUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 531 | **CISPLATINUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 532 | **CISPLATINUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 533 | **CISPLATINUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 534 | **CISPLATINUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 535 | **CISPLATINUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 536 | **CISPLATINUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 537 | **CISPLATINUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 538 | **CISPLATINUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 539 | **CISPLATINUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 540 | **CISPLATINUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 541 | **CISPLATINUM** | D07.1 | SROM |
| 542 | **CISPLATINUM** | D07.2 | POCHWA |
| 543 | **CISPLATINUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 544 | **CISPLATINUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 545 | **CISPLATINUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 546 | **CISPLATINUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 547 | **CISPLATINUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 548 | **CISPLATINUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 549 | **CISPLATINUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 550 | **CISPLATINUM** | D09.2 | OKO |
| 551 | **CISPLATINUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 552 | **CISPLATINUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 553 | **CISPLATINUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 554 | **CISPLATINUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 555 | **CISPLATINUM** | D10.0 | WARGA |
| 556 | **CISPLATINUM** | D10.1 | JĘZYK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 557 | **CISPLATINUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 558 | **CISPLATINUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 559 | **CISPLATINUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 560 | **CISPLATINUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 561 | **CISPLATINUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 562 | **CISPLATINUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 563 | **CISPLATINUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 564 | **CISPLATINUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 565 | **CISPLATINUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 566 | **CISPLATINUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 567 | **CISPLATINUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 568 | **CISPLATINUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 569 | **CISPLATINUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 570 | **CISPLATINUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 571 | **CISPLATINUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 572 | **CISPLATINUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 573 | **CISPLATINUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 574 | **CISPLATINUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 575 | **CISPLATINUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 576 | **CISPLATINUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 577 | **CISPLATINUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 578 | **CISPLATINUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 579 | **CISPLATINUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 580 | **CISPLATINUM** | D13.0 | PRZEŁYK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 581 | **CISPLATINUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 582 | **CISPLATINUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 583 | **CISPLATINUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 584 | **CISPLATINUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 585 | **CISPLATINUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 586 | **CISPLATINUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 587 | **CISPLATINUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 588 | **CISPLATINUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 589 | **CISPLATINUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 590 | **CISPLATINUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 591 | **CISPLATINUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 592 | **CISPLATINUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 593 | **CISPLATINUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 594 | **CISPLATINUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 595 | **CISPLATINUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 596 | **CISPLATINUM** | D15.0 | GRASICA |
| 597 | **CISPLATINUM** | D15.1 | SERCE |
| 598 | **CISPLATINUM** | D15.2 | ŚRÓDPIERSIE |
| 599 | **CISPLATINUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 600 | **CISPLATINUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 601 | **CISPLATINUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 602 | **CISPLATINUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 603 | **CISPLATINUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 604 | **CISPLATINUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 605 | **CISPLATINUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 606 | **CISPLATINUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 607 | **CISPLATINUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 608 | **CISPLATINUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 609 | **CISPLATINUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 610 | **CISPLATINUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 611 | **CISPLATINUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 612 | **CISPLATINUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 613 | **CISPLATINUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 614 | **CISPLATINUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 615 | **CISPLATINUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 616 | **CISPLATINUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 617 | **CISPLATINUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 618 | **CISPLATINUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 619 | **CISPLATINUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 620 | **CISPLATINUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 621 | **CISPLATINUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 622 | **CISPLATINUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 623 | **CISPLATINUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 624 | **CISPLATINUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 625 | **CISPLATINUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 626 | **CISPLATINUM** | D28.0 | SROM |
| 627 | **CISPLATINUM** | D28.1 | POCHWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 628 | **CISPLATINUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 629 | **CISPLATINUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 630 | **CISPLATINUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 631 | **CISPLATINUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 632 | **CISPLATINUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 633 | **CISPLATINUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 634 | **CISPLATINUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 635 | **CISPLATINUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 636 | **CISPLATINUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 637 | **CISPLATINUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 638 | **CISPLATINUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 639 | **CISPLATINUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 640 | **CISPLATINUM** | D30.0 | NERKA |
| 641 | **CISPLATINUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 642 | **CISPLATINUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 643 | **CISPLATINUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 644 | **CISPLATINUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 645 | **CISPLATINUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 646 | **CISPLATINUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 647 | **CISPLATINUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 648 | **CISPLATINUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 649 | **CISPLATINUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 650 | **CISPLATINUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 651 | **CISPLATINUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 652 | **CISPLATINUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 653 | **CISPLATINUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 654 | **CISPLATINUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 655 | **CISPLATINUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 656 | **CISPLATINUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 657 | **CISPLATINUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 658 | **CISPLATINUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 659 | **CISPLATINUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 660 | **CISPLATINUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 661 | **CISPLATINUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 662 | **CISPLATINUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 663 | **CISPLATINUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 664 | **CISPLATINUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 665 | **CISPLATINUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 666 | **CISPLATINUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 667 | **CISPLATINUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 668 | **CISPLATINUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 669 | **CISPLATINUM** | D35.0 | NADNERCZA |
| 670 | **CISPLATINUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 671 | **CISPLATINUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 672 | **CISPLATINUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 673 | **CISPLATINUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 674 | **CISPLATINUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 675 | **CISPLATINUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 676 | **CISPLATINUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 677 | **CISPLATINUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 678 | **CISPLATINUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 679 | **CISPLATINUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 680 | **CISPLATINUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 681 | **CISPLATINUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 682 | **CISPLATINUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 683 | **CISPLATINUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 684 | **CISPLATINUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 685 | **CISPLATINUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 686 | **CISPLATINUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 687 | **CISPLATINUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 688 | **CISPLATINUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 689 | **CISPLATINUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 690 | **CISPLATINUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 691 | **CISPLATINUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 692 | **CISPLATINUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 693 | **CISPLATINUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 694 | **CISPLATINUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 695 | **CISPLATINUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 696 | **CISPLATINUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 697 | **CISPLATINUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 698 | **CISPLATINUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 699 | **CISPLATINUM** | D38.4 | GRASICA |
| 700 | **CISPLATINUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 701 | **CISPLATINUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 702 | **CISPLATINUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 703 | **CISPLATINUM** | D39.0 | MACICA |
| 704 | **CISPLATINUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 705 | **CISPLATINUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 706 | **CISPLATINUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 707 | **CISPLATINUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 708 | **CISPLATINUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 709 | **CISPLATINUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 710 | **CISPLATINUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 711 | **CISPLATINUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 712 | **CISPLATINUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 713 | **CISPLATINUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 714 | **CISPLATINUM** | D41.0 | NERKA |
| 715 | **CISPLATINUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 716 | **CISPLATINUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 717 | **CISPLATINUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 718 | **CISPLATINUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 719 | **CISPLATINUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 720 | **CISPLATINUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 721 | **CISPLATINUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 722 | **CISPLATINUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 723 | **CISPLATINUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 724 | **CISPLATINUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 725 | **CISPLATINUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 726 | **CISPLATINUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 727 | **CISPLATINUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 728 | **CISPLATINUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 729 | **CISPLATINUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 730 | **CISPLATINUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 731 | **CISPLATINUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 732 | **CISPLATINUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 733 | **CISPLATINUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 734 | **CISPLATINUM** | D44.0 | TARCZYCA |
| 735 | **CISPLATINUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 736 | **CISPLATINUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 737 | **CISPLATINUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 738 | **CISPLATINUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 739 | **CISPLATINUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 740 | **CISPLATINUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 741 | **CISPLATINUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 742 | **CISPLATINUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 743 | **CISPLATINUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 744 | **CISPLATINUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 745 | **CISPLATINUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 746 | **CISPLATINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 747 | **CISPLATINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 748 | **CISPLATINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 749 | **CISPLATINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 750 | **CISPLATINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 751 | **CISPLATINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 752 | **CISPLATINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 753 | **CISPLATINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 754 | **CISPLATINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 755 | **CISPLATINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 756 | **CISPLATINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 757 | **CISPLATINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 758 | **CISPLATINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 759 | **CISPLATINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 760 | **CISPLATINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 761 | **CISPLATINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 762 | **CISPLATINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 763 | **CISPLATINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 764 | **CISPLATINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 765 | **CISPLATINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 766 | **CISPLATINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.12.

## CLADRIBINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CLADRIBINUM** | D76 | NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKOWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO |
| 2 | **CLADRIBINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 3 | **CLADRIBINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 4 | **CLADRIBINUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 5 | **CLADRIBINUM** | D76.3 | INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE |
| 6 | **CLADRIBINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 7 | **CLADRIBINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 8 | **CLADRIBINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 9 | **CLADRIBINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 10 | **CLADRIBINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 11 | **CLADRIBINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 12 | **CLADRIBINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 13 | **CLADRIBINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 14 | **CLADRIBINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 15 | **CLADRIBINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 16 | **CLADRIBINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 17 | **CLADRIBINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 18 | **CLADRIBINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 19 | **CLADRIBINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 20 | **CLADRIBINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 21 | **CLADRIBINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 22 | **CLADRIBINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 23 | **CLADRIBINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 24 | **CLADRIBINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 25 | **CLADRIBINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 26 | **CLADRIBINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 27 | **CLADRIBINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 28 | **CLADRIBINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 29 | **CLADRIBINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 30 | **CLADRIBINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 31 | **CLADRIBINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 32 | **CLADRIBINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 33 | **CLADRIBINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 34 | **CLADRIBINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 35 | **CLADRIBINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 36 | **CLADRIBINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 37 | **CLADRIBINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 38 | **CLADRIBINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 39 | **CLADRIBINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 40 | **CLADRIBINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 41 | **CLADRIBINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 42 | **CLADRIBINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 43 | **CLADRIBINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 44 | **CLADRIBINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 45 | **CLADRIBINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 46 | **CLADRIBINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 47 | **CLADRIBINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 48 | **CLADRIBINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 49 | **CLADRIBINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 50 | **CLADRIBINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 51 | **CLADRIBINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 52 | **CLADRIBINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 53 | **CLADRIBINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54 | **CLADRIBINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 55 | **CLADRIBINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 56 | **CLADRIBINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 57 | **CLADRIBINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 58 | **CLADRIBINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 59 | **CLADRIBINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **CLADRIBINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 61 | **CLADRIBINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 62 | **CLADRIBINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 63 | **CLADRIBINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 64 | **CLADRIBINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 65 | **CLADRIBINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 66 | **CLADRIBINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 67 | **CLADRIBINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 68 | **CLADRIBINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 69 | **CLADRIBINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 70 | **CLADRIBINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 71 | **CLADRIBINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 72 | **CLADRIBINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 73 | **CLADRIBINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 74 | **CLADRIBINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 75 | **CLADRIBINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 76 | **CLADRIBINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 77 | **CLADRIBINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 78 | **CLADRIBINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 79 | **CLADRIBINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 80 | **CLADRIBINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 81 | **CLADRIBINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 82 | **CLADRIBINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 83 | **CLADRIBINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 84 | **CLADRIBINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 85 | **CLADRIBINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 86 | **CLADRIBINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 87 | **CLADRIBINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 88 | **CLADRIBINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 89 | **CLADRIBINUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 90 | **CLADRIBINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |

Załącznik C.13.

## CYKLOPHOSPHAMIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.0 | WPUST |
| 80 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 93 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 96 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.7 | ESICA |
| 104 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 121 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 122 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 123 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 124 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 126 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 130 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 137 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 146 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |
| 152 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 153 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 154 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 155 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 156 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 157 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 158 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 159 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 160 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 161 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C38.0 | SERCE |
| 162 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 163 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 164 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 165 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 166 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 167 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 168 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 169 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 170 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 171 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 172 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 173 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 174 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 175 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 176 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 177 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 178 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 179 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 180 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 181 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 182 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 183 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 184 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 185 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 186 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 187 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 188 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 189 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 190 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 191 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 192 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 193 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 194 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 195 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 196 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 197 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44 | INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY |
| 198 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.0 | SKÓRA WARGI |
| 199 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.1 | SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 200 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.2 | SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 201 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.3 | SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 202 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.4 | SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI |
| 203 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.5 | SKÓRA TUŁOWIA |
| 204 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.6 | SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 205 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.7 | SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 206 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 207 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C44.9 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 208 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 209 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 210 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 211 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 212 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 213 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 214 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 215 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 216 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 217 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 218 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 219 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 220 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 221 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 222 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 223 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 224 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 225 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 226 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 227 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 228 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 229 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 230 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 231 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 232 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 233 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 234 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 235 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 236 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 237 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 238 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 239 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 240 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 241 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 242 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 243 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 244 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 245 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 246 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 247 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 248 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 249 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 250 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 251 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 252 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 253 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 254 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 255 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 256 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 257 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 258 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 259 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 260 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 261 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 262 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 263 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 264 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 265 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 266 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 267 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 268 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 269 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 270 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 271 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 272 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 273 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 274 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 275 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C60.0 | NAPLETEK |
| 276 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 277 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 278 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 279 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 280 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 281 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 282 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 283 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 284 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 285 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 286 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 287 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 288 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 289 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 290 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 291 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 292 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 293 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 294 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 295 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 296 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 297 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 298 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 299 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 300 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 301 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 303 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 304 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 305 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 306 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 307 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 308 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 309 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 310 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 311 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 312 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 313 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 314 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 315 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 316 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 317 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 318 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 319 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 320 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 321 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 322 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 323 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 324 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 325 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 326 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 327 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 328 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 329 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 330 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 331 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 332 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 333 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 334 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 335 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 336 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 337 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 338 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 339 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 340 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 341 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 342 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 343 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 344 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 345 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 346 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 347 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 348 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 349 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 350 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 351 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 352 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 353 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 354 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 355 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 356 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 357 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 358 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 359 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 360 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 361 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 362 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 363 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 364 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 365 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 366 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 367 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 368 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 369 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 370 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 371 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 372 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 373 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 374 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 375 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 376 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 377 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 378 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 379 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 380 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 381 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 382 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 383 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 384 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 385 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 386 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 387 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 388 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 389 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 390 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 391 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 392 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 393 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 394 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 395 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 396 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 397 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 398 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 399 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 400 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 401 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 402 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 403 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 404 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 405 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 406 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 407 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 408 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 409 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 410 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 411 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 412 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 413 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 414 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 415 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 416 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 417 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 418 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 419 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 420 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 421 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 422 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 423 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 424 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 425 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 426 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 427 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 428 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 429 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 430 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 431 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 432 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 433 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 434 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 435 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 436 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 437 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 438 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 439 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 440 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 441 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 442 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 443 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 444 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 445 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 446 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 447 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 448 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 449 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 450 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 451 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 452 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 453 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 454 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 455 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 456 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 457 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 458 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 459 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 460 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 461 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 462 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 463 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 464 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 465 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 466 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 467 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 468 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 469 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 470 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 471 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 472 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 473 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 474 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 475 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 476 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 477 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 478 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 479 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 480 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 481 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 482 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 483 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 484 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 485 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 486 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 487 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 488 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 489 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 490 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 491 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 492 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 493 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 494 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 495 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 496 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 497 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 498 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 499 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 500 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 501 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 502 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 503 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 504 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 505 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 506 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 507 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 508 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 509 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 510 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 511 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 512 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 513 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 514 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 515 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 516 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 517 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 518 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.1 | SROM |
| 519 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.2 | POCHWA |
| 520 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 521 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 522 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 523 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 524 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 525 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 526 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 527 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.2 | OKO |
| 528 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 529 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 530 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 531 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 532 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.0 | WARGA |
| 533 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.1 | JĘZYK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 534 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 535 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 536 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 537 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 538 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 539 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 540 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 541 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 542 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 543 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 544 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 545 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 546 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 547 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 548 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 549 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 550 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 551 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 552 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 553 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 554 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 555 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 556 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 557 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.0 | PRZEŁYK |
| 558 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 559 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 560 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 561 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 562 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 563 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 564 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 565 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 566 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 567 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 568 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 569 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 570 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 571 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 572 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 573 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D15.0 | GRASICA |
| 574 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D15.1 | SERCE |
| 575 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D15.2 | ŚRÓDPIERSIE |
| 576 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 577 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 578 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 579 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 580 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 581 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 582 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 583 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 584 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 585 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 586 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 587 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 588 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 589 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D18 | NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 590 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D18.0 | NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 591 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D18.1 | NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 592 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D19 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA |
| 593 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D19.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 594 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D19.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 595 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D19.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 596 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D19.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 597 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 598 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 599 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 600 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 601 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 602 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 603 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 604 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 605 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 606 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 607 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 608 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 609 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 610 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 611 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D28.0 | SROM |
| 612 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D28.1 | POCHWA |
| 613 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 614 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 615 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 616 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 617 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 618 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 619 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 620 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 621 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 622 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 623 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 624 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 625 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D30.0 | NERKA |
| 626 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 627 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 628 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 629 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 630 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 631 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 632 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 633 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 634 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 635 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 636 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 637 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 638 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 639 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 640 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 641 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 642 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 643 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 644 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 645 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 646 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 647 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 648 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 649 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 650 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 651 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 652 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 653 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 654 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 655 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.0 | NADNERCZA |
| 656 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 657 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 658 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 659 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 660 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 661 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 662 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 663 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 664 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 665 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 666 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 667 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 668 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 669 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 670 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 671 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 672 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 673 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 674 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 675 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 676 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 677 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 678 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 679 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 680 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 681 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 682 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 683 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 684 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 685 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D38.4 | GRASICA |
| 686 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 687 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 688 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 689 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D39.0 | MACICA |
| 690 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 691 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 692 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 693 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 694 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 695 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 696 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 697 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 698 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 699 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 700 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D41.0 | NERKA |
| 701 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 702 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 703 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 704 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 705 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 706 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 707 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 708 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 709 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 710 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 711 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 712 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 713 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 714 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 715 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 716 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 717 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 718 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 719 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 720 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.0 | TARCZYCA |
| 721 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 722 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 723 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 724 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 725 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 726 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 727 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 728 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 729 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 730 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 731 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 732 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 733 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 734 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 735 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 736 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 737 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 738 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 739 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 740 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 741 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 742 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 743 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 744 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 745 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 746 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 747 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 748 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.6 | SUTEK |
| 749 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 750 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 751 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 752 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 753 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 754 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 755 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 756 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 757 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 758 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 759 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 760 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 761 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.14.

## CYTARABINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CYTARABINUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 2 | **CYTARABINUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 3 | **CYTARABINUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 4 | **CYTARABINUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 5 | **CYTARABINUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 6 | **CYTARABINUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 7 | **CYTARABINUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 8 | **CYTARABINUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 9 | **CYTARABINUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 10 | **CYTARABINUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 11 | **CYTARABINUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 12 | **CYTARABINUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 13 | **CYTARABINUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 14 | **CYTARABINUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 15 | **CYTARABINUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 16 | **CYTARABINUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 17 | **CYTARABINUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 18 | **CYTARABINUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 19 | **CYTARABINUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 20 | **CYTARABINUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21 | **CYTARABINUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 22 | **CYTARABINUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 23 | **CYTARABINUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 24 | **CYTARABINUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 25 | **CYTARABINUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 26 | **CYTARABINUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 27 | **CYTARABINUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 28 | **CYTARABINUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 29 | **CYTARABINUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 30 | **CYTARABINUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 31 | **CYTARABINUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 32 | **CYTARABINUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 33 | **CYTARABINUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 34 | **CYTARABINUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **CYTARABINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 36 | **CYTARABINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 37 | **CYTARABINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 38 | **CYTARABINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 39 | **CYTARABINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 40 | **CYTARABINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 41 | **CYTARABINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 42 | **CYTARABINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **CYTARABINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 44 | **CYTARABINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 45 | **CYTARABINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 46 | **CYTARABINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 47 | **CYTARABINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 48 | **CYTARABINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 49 | **CYTARABINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 50 | **CYTARABINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 51 | **CYTARABINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 52 | **CYTARABINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 53 | **CYTARABINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 54 | **CYTARABINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 55 | **CYTARABINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 56 | **CYTARABINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 57 | **CYTARABINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 58 | **CYTARABINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 59 | **CYTARABINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 60 | **CYTARABINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 61 | **CYTARABINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 62 | **CYTARABINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 63 | **CYTARABINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 64 | **CYTARABINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 65 | **CYTARABINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 66 | **CYTARABINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 67 | **CYTARABINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 68 | **CYTARABINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 69 | **CYTARABINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 70 | **CYTARABINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 71 | **CYTARABINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 72 | **CYTARABINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 73 | **CYTARABINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 74 | **CYTARABINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 75 | **CYTARABINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 76 | **CYTARABINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 77 | **CYTARABINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 78 | **CYTARABINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 79 | **CYTARABINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 80 | **CYTARABINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 81 | **CYTARABINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 82 | **CYTARABINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 83 | **CYTARABINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 84 | **CYTARABINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 85 | **CYTARABINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 86 | **CYTARABINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 87 | **CYTARABINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 88 | **CYTARABINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 89 | **CYTARABINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 90 | **CYTARABINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 91 | **CYTARABINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 92 | **CYTARABINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 93 | **CYTARABINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 94 | **CYTARABINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 95 | **CYTARABINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 96 | **CYTARABINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 97 | **CYTARABINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 98 | **CYTARABINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 99 | **CYTARABINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 100 | **CYTARABINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 101 | **CYTARABINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 102 | **CYTARABINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 103 | **CYTARABINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 104 | **CYTARABINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 105 | **CYTARABINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 106 | **CYTARABINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 107 | **CYTARABINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 108 | **CYTARABINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 109 | **CYTARABINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 110 | **CYTARABINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 111 | **CYTARABINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 112 | **CYTARABINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 113 | **CYTARABINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 114 | **CYTARABINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 115 | **CYTARABINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 116 | **CYTARABINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 117 | **CYTARABINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 118 | **CYTARABINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 119 | **CYTARABINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 120 | **CYTARABINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 121 | **CYTARABINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 122 | **CYTARABINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 123 | **CYTARABINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 124 | **CYTARABINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 125 | **CYTARABINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 126 | **CYTARABINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 127 | **CYTARABINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 128 | **CYTARABINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 129 | **CYTARABINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 130 | **CYTARABINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 131 | **CYTARABINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 132 | **CYTARABINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 133 | **CYTARABINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 134 | **CYTARABINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 135 | **CYTARABINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 136 | **CYTARABINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 137 | **CYTARABINUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 138 | **CYTARABINUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 139 | **CYTARABINUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 140 | **CYTARABINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 141 | **CYTARABINUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 142 | **CYTARABINUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 143 | **CYTARABINUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 144 | **CYTARABINUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 145 | **CYTARABINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 146 | **CYTARABINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 147 | **CYTARABINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 148 | **CYTARABINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 149 | **CYTARABINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 150 | **CYTARABINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 151 | **CYTARABINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 152 | **CYTARABINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 153 | **CYTARABINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 154 | **CYTARABINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.16.

**DACARBAZINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **DACARBAZINUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **DACARBAZINUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **DACARBAZINUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **DACARBAZINUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **DACARBAZINUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **DACARBAZINUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **DACARBAZINUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **DACARBAZINUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **DACARBAZINUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **DACARBAZINUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **DACARBAZINUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **DACARBAZINUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **DACARBAZINUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **DACARBAZINUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **DACARBAZINUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **DACARBAZINUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **DACARBAZINUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **DACARBAZINUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **DACARBAZINUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20 | **DACARBAZINUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21 | **DACARBAZINUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **DACARBAZINUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **DACARBAZINUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **DACARBAZINUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **DACARBAZINUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **DACARBAZINUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **DACARBAZINUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **DACARBAZINUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **DACARBAZINUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **DACARBAZINUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **DACARBAZINUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **DACARBAZINUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **DACARBAZINUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **DACARBAZINUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **DACARBAZINUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **DACARBAZINUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **DACARBAZINUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **DACARBAZINUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **DACARBAZINUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **DACARBAZINUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **DACARBAZINUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **DACARBAZINUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **DACARBAZINUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **DACARBAZINUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **DACARBAZINUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **DACARBAZINUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **DACARBAZINUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **DACARBAZINUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **DACARBAZINUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **DACARBAZINUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **DACARBAZINUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **DACARBAZINUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **DACARBAZINUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **DACARBAZINUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **DACARBAZINUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **DACARBAZINUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **DACARBAZINUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **DACARBAZINUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **DACARBAZINUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **DACARBAZINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **DACARBAZINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **DACARBAZINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **DACARBAZINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **DACARBAZINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **DACARBAZINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **DACARBAZINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **DACARBAZINUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **DACARBAZINUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **DACARBAZINUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **DACARBAZINUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **DACARBAZINUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **DACARBAZINUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **DACARBAZINUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **DACARBAZINUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **DACARBAZINUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **DACARBAZINUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **DACARBAZINUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **DACARBAZINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | **DACARBAZINUM** | C16.0 | WPUST |
| 80 | **DACARBAZINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | **DACARBAZINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | **DACARBAZINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | **DACARBAZINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | **DACARBAZINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | **DACARBAZINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | **DACARBAZINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | **DACARBAZINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | **DACARBAZINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89 | **DACARBAZINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **DACARBAZINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91 | **DACARBAZINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92 | **DACARBAZINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 93 | **DACARBAZINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94 | **DACARBAZINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95 | **DACARBAZINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 96 | **DACARBAZINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97 | **DACARBAZINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98 | **DACARBAZINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99 | **DACARBAZINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100 | **DACARBAZINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101 | **DACARBAZINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102 | **DACARBAZINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103 | **DACARBAZINUM** | C18.7 | ESICA |
| 104 | **DACARBAZINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105 | **DACARBAZINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106 | **DACARBAZINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107 | **DACARBAZINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108 | **DACARBAZINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | **DACARBAZINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | **DACARBAZINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | **DACARBAZINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | **DACARBAZINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | **DACARBAZINUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114 | **DACARBAZINUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | **DACARBAZINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116 | **DACARBAZINUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117 | **DACARBAZINUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118 | **DACARBAZINUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119 | **DACARBAZINUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120 | **DACARBAZINUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 121 | **DACARBAZINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 122 | **DACARBAZINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 123 | **DACARBAZINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 124 | **DACARBAZINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125 | **DACARBAZINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 126 | **DACARBAZINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127 | **DACARBAZINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128 | **DACARBAZINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129 | **DACARBAZINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 130 | **DACARBAZINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131 | **DACARBAZINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132 | **DACARBAZINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133 | **DACARBAZINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134 | **DACARBAZINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135 | **DACARBAZINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136 | **DACARBAZINUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 137 | **DACARBAZINUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138 | **DACARBAZINUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139 | **DACARBAZINUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140 | **DACARBAZINUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141 | **DACARBAZINUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142 | **DACARBAZINUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143 | **DACARBAZINUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144 | **DACARBAZINUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145 | **DACARBAZINUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 146 | **DACARBAZINUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147 | **DACARBAZINUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148 | **DACARBAZINUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149 | **DACARBAZINUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150 | **DACARBAZINUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151 | **DACARBAZINUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 152 | **DACARBAZINUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 153 | **DACARBAZINUM** | C38.0 | SERCE |
| 154 | **DACARBAZINUM** | C38.1 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 155 | **DACARBAZINUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 156 | **DACARBAZINUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 157 | **DACARBAZINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 158 | **DACARBAZINUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 159 | **DACARBAZINUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 160 | **DACARBAZINUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 161 | **DACARBAZINUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 162 | **DACARBAZINUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 163 | **DACARBAZINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 164 | **DACARBAZINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 165 | **DACARBAZINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 166 | **DACARBAZINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 167 | **DACARBAZINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 168 | **DACARBAZINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 169 | **DACARBAZINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 170 | **DACARBAZINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 171 | **DACARBAZINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 172 | **DACARBAZINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 173 | **DACARBAZINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 174 | **DACARBAZINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 175 | **DACARBAZINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 176 | **DACARBAZINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 177 | **DACARBAZINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 178 | **DACARBAZINUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 179 | **DACARBAZINUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 180 | **DACARBAZINUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 181 | **DACARBAZINUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 182 | **DACARBAZINUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 183 | **DACARBAZINUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 184 | **DACARBAZINUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 185 | **DACARBAZINUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 186 | **DACARBAZINUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 187 | **DACARBAZINUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 188 | **DACARBAZINUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 189 | **DACARBAZINUM** | C44 | INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY |
| 190 | **DACARBAZINUM** | C44.0 | SKÓRA WARGI |
| 191 | **DACARBAZINUM** | C44.1 | SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 192 | **DACARBAZINUM** | C44.2 | SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 193 | **DACARBAZINUM** | C44.3 | SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 194 | **DACARBAZINUM** | C44.4 | SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI |
| 195 | **DACARBAZINUM** | C44.5 | SKÓRA TUŁOWIA |
| 196 | **DACARBAZINUM** | C44.6 | SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 197 | **DACARBAZINUM** | C44.7 | SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 198 | **DACARBAZINUM** | C44.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI |
| 199 | **DACARBAZINUM** | C44.9 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 200 | **DACARBAZINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 201 | **DACARBAZINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 202 | **DACARBAZINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 203 | **DACARBAZINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 204 | **DACARBAZINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 205 | **DACARBAZINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 206 | **DACARBAZINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 207 | **DACARBAZINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 208 | **DACARBAZINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 209 | **DACARBAZINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 210 | **DACARBAZINUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 211 | **DACARBAZINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 212 | **DACARBAZINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 213 | **DACARBAZINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 214 | **DACARBAZINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 215 | **DACARBAZINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 216 | **DACARBAZINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 217 | **DACARBAZINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 218 | **DACARBAZINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 219 | **DACARBAZINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 220 | **DACARBAZINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 221 | **DACARBAZINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 222 | **DACARBAZINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 223 | **DACARBAZINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 224 | **DACARBAZINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 225 | **DACARBAZINUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 226 | **DACARBAZINUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 227 | **DACARBAZINUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 228 | **DACARBAZINUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 229 | **DACARBAZINUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 230 | **DACARBAZINUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 231 | **DACARBAZINUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 232 | **DACARBAZINUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 233 | **DACARBAZINUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 234 | **DACARBAZINUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 235 | **DACARBAZINUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 236 | **DACARBAZINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 237 | **DACARBAZINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 238 | **DACARBAZINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 239 | **DACARBAZINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 240 | **DACARBAZINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 241 | **DACARBAZINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 242 | **DACARBAZINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 243 | **DACARBAZINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 244 | **DACARBAZINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 245 | **DACARBAZINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 246 | **DACARBAZINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 247 | **DACARBAZINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 248 | **DACARBAZINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 249 | **DACARBAZINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 250 | **DACARBAZINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 251 | **DACARBAZINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 252 | **DACARBAZINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 253 | **DACARBAZINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 254 | **DACARBAZINUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 255 | **DACARBAZINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 256 | **DACARBAZINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 257 | **DACARBAZINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 258 | **DACARBAZINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 259 | **DACARBAZINUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 260 | **DACARBAZINUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 261 | **DACARBAZINUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 262 | **DACARBAZINUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 263 | **DACARBAZINUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 264 | **DACARBAZINUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 265 | **DACARBAZINUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 266 | **DACARBAZINUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 267 | **DACARBAZINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 268 | **DACARBAZINUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 269 | **DACARBAZINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 270 | **DACARBAZINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 271 | **DACARBAZINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 272 | **DACARBAZINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 273 | **DACARBAZINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 274 | **DACARBAZINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 275 | **DACARBAZINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 276 | **DACARBAZINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 277 | **DACARBAZINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 278 | **DACARBAZINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 279 | **DACARBAZINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 280 | **DACARBAZINUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 281 | **DACARBAZINUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 282 | **DACARBAZINUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 283 | **DACARBAZINUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 284 | **DACARBAZINUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 285 | **DACARBAZINUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 286 | **DACARBAZINUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 287 | **DACARBAZINUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 288 | **DACARBAZINUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 289 | **DACARBAZINUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 290 | **DACARBAZINUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 291 | **DACARBAZINUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 292 | **DACARBAZINUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 293 | **DACARBAZINUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 294 | **DACARBAZINUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 295 | **DACARBAZINUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 296 | **DACARBAZINUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 297 | **DACARBAZINUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 298 | **DACARBAZINUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 299 | **DACARBAZINUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 300 | **DACARBAZINUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 301 | **DACARBAZINUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 302 | **DACARBAZINUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 303 | **DACARBAZINUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 304 | **DACARBAZINUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 305 | **DACARBAZINUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 306 | **DACARBAZINUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 307 | **DACARBAZINUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 308 | **DACARBAZINUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 309 | **DACARBAZINUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 310 | **DACARBAZINUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 311 | **DACARBAZINUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 312 | **DACARBAZINUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 313 | **DACARBAZINUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 314 | **DACARBAZINUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 315 | **DACARBAZINUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 316 | **DACARBAZINUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 317 | **DACARBAZINUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 318 | **DACARBAZINUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 319 | **DACARBAZINUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 320 | **DACARBAZINUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 321 | **DACARBAZINUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 322 | **DACARBAZINUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 323 | **DACARBAZINUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 324 | **DACARBAZINUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 325 | **DACARBAZINUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 326 | **DACARBAZINUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 327 | **DACARBAZINUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 328 | **DACARBAZINUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 329 | **DACARBAZINUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 330 | **DACARBAZINUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 331 | **DACARBAZINUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 332 | **DACARBAZINUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 333 | **DACARBAZINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 334 | **DACARBAZINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 335 | **DACARBAZINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 336 | **DACARBAZINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 337 | **DACARBAZINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 338 | **DACARBAZINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 339 | **DACARBAZINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 340 | **DACARBAZINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 341 | **DACARBAZINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 342 | **DACARBAZINUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 343 | **DACARBAZINUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 344 | **DACARBAZINUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 345 | **DACARBAZINUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 346 | **DACARBAZINUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 347 | **DACARBAZINUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 348 | **DACARBAZINUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 349 | **DACARBAZINUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 350 | **DACARBAZINUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 351 | **DACARBAZINUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 352 | **DACARBAZINUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 353 | **DACARBAZINUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 354 | **DACARBAZINUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 355 | **DACARBAZINUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 356 | **DACARBAZINUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 357 | **DACARBAZINUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 358 | **DACARBAZINUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 359 | **DACARBAZINUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 360 | **DACARBAZINUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 361 | **DACARBAZINUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 362 | **DACARBAZINUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 363 | **DACARBAZINUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 364 | **DACARBAZINUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 365 | **DACARBAZINUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 366 | **DACARBAZINUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 367 | **DACARBAZINUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 368 | **DACARBAZINUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 369 | **DACARBAZINUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 370 | **DACARBAZINUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 371 | **DACARBAZINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 372 | **DACARBAZINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 373 | **DACARBAZINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 374 | **DACARBAZINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 375 | **DACARBAZINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 376 | **DACARBAZINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 377 | **DACARBAZINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 378 | **DACARBAZINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 379 | **DACARBAZINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 380 | **DACARBAZINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 381 | **DACARBAZINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 382 | **DACARBAZINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 383 | **DACARBAZINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 384 | **DACARBAZINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 385 | **DACARBAZINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 386 | **DACARBAZINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 387 | **DACARBAZINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 388 | **DACARBAZINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 389 | **DACARBAZINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 390 | **DACARBAZINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 391 | **DACARBAZINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 392 | **DACARBAZINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 393 | **DACARBAZINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 394 | **DACARBAZINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 395 | **DACARBAZINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 396 | **DACARBAZINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 397 | **DACARBAZINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 398 | **DACARBAZINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 399 | **DACARBAZINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 400 | **DACARBAZINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 401 | **DACARBAZINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 402 | **DACARBAZINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 403 | **DACARBAZINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 404 | **DACARBAZINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 405 | **DACARBAZINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 406 | **DACARBAZINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 407 | **DACARBAZINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 408 | **DACARBAZINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 409 | **DACARBAZINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 410 | **DACARBAZINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 411 | **DACARBAZINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 412 | **DACARBAZINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 413 | **DACARBAZINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 414 | **DACARBAZINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 415 | **DACARBAZINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 416 | **DACARBAZINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 417 | **DACARBAZINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 418 | **DACARBAZINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 419 | **DACARBAZINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 420 | **DACARBAZINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 421 | **DACARBAZINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 422 | **DACARBAZINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 423 | **DACARBAZINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 424 | **DACARBAZINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 425 | **DACARBAZINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 426 | **DACARBAZINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 427 | **DACARBAZINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 428 | **DACARBAZINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 429 | **DACARBAZINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 430 | **DACARBAZINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 431 | **DACARBAZINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 432 | **DACARBAZINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 433 | **DACARBAZINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 434 | **DACARBAZINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 435 | **DACARBAZINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 436 | **DACARBAZINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 437 | **DACARBAZINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 438 | **DACARBAZINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 439 | **DACARBAZINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 440 | **DACARBAZINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 441 | **DACARBAZINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 442 | **DACARBAZINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 443 | **DACARBAZINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 444 | **DACARBAZINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 445 | **DACARBAZINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 446 | **DACARBAZINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 447 | **DACARBAZINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 448 | **DACARBAZINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 449 | **DACARBAZINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 450 | **DACARBAZINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 451 | **DACARBAZINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 452 | **DACARBAZINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 453 | **DACARBAZINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 454 | **DACARBAZINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 455 | **DACARBAZINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 456 | **DACARBAZINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 457 | **DACARBAZINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 458 | **DACARBAZINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 459 | **DACARBAZINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 460 | **DACARBAZINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 461 | **DACARBAZINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 462 | **DACARBAZINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 463 | **DACARBAZINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 464 | **DACARBAZINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 465 | **DACARBAZINUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 466 | **DACARBAZINUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 467 | **DACARBAZINUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 468 | **DACARBAZINUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 469 | **DACARBAZINUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 470 | **DACARBAZINUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 471 | **DACARBAZINUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 472 | **DACARBAZINUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 473 | **DACARBAZINUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 474 | **DACARBAZINUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 475 | **DACARBAZINUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 476 | **DACARBAZINUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 477 | **DACARBAZINUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 478 | **DACARBAZINUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 479 | **DACARBAZINUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 480 | **DACARBAZINUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 481 | **DACARBAZINUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 482 | **DACARBAZINUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 483 | **DACARBAZINUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 484 | **DACARBAZINUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 485 | **DACARBAZINUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 486 | **DACARBAZINUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 487 | **DACARBAZINUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 488 | **DACARBAZINUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 489 | **DACARBAZINUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 490 | **DACARBAZINUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 491 | **DACARBAZINUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 492 | **DACARBAZINUM** | D07.1 | SROM |
| 493 | **DACARBAZINUM** | D07.2 | POCHWA |
| 494 | **DACARBAZINUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 495 | **DACARBAZINUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 496 | **DACARBAZINUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 497 | **DACARBAZINUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 498 | **DACARBAZINUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 499 | **DACARBAZINUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 500 | **DACARBAZINUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 501 | **DACARBAZINUM** | D09.2 | OKO |
| 502 | **DACARBAZINUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 503 | **DACARBAZINUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 504 | **DACARBAZINUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 505 | **DACARBAZINUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 506 | **DACARBAZINUM** | D10.0 | WARGA |
| 507 | **DACARBAZINUM** | D10.1 | JĘZYK |
| 508 | **DACARBAZINUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 509 | **DACARBAZINUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 510 | **DACARBAZINUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 511 | **DACARBAZINUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 512 | **DACARBAZINUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 513 | **DACARBAZINUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 514 | **DACARBAZINUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 515 | **DACARBAZINUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 516 | **DACARBAZINUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 517 | **DACARBAZINUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 518 | **DACARBAZINUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 519 | **DACARBAZINUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 520 | **DACARBAZINUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 521 | **DACARBAZINUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 522 | **DACARBAZINUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 523 | **DACARBAZINUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 524 | **DACARBAZINUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 525 | **DACARBAZINUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 526 | **DACARBAZINUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 527 | **DACARBAZINUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 528 | **DACARBAZINUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 529 | **DACARBAZINUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 530 | **DACARBAZINUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 531 | **DACARBAZINUM** | D13.0 | PRZEŁYK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 532 | **DACARBAZINUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 533 | **DACARBAZINUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 534 | **DACARBAZINUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 535 | **DACARBAZINUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 536 | **DACARBAZINUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 537 | **DACARBAZINUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 538 | **DACARBAZINUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 539 | **DACARBAZINUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 540 | **DACARBAZINUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 541 | **DACARBAZINUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 542 | **DACARBAZINUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 543 | **DACARBAZINUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 544 | **DACARBAZINUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 545 | **DACARBAZINUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 546 | **DACARBAZINUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 547 | **DACARBAZINUM** | D15.0 | GRASICA |
| 548 | **DACARBAZINUM** | D15.1 | SERCE |
| 549 | **DACARBAZINUM** | D15.2 | ŚRÓDPIERSIE |
| 550 | **DACARBAZINUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 551 | **DACARBAZINUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 552 | **DACARBAZINUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 553 | **DACARBAZINUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 554 | **DACARBAZINUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 555 | **DACARBAZINUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 556 | **DACARBAZINUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 557 | **DACARBAZINUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 558 | **DACARBAZINUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 559 | **DACARBAZINUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 560 | **DACARBAZINUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 561 | **DACARBAZINUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 562 | **DACARBAZINUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 563 | **DACARBAZINUM** | D18 | NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 564 | **DACARBAZINUM** | D18.0 | NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 565 | **DACARBAZINUM** | D18.1 | NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 566 | **DACARBAZINUM** | D19 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA |
| 567 | **DACARBAZINUM** | D19.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 568 | **DACARBAZINUM** | D19.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 569 | **DACARBAZINUM** | D19.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 570 | **DACARBAZINUM** | D19.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 571 | **DACARBAZINUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 572 | **DACARBAZINUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 573 | **DACARBAZINUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 574 | **DACARBAZINUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 575 | **DACARBAZINUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 576 | **DACARBAZINUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 577 | **DACARBAZINUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 578 | **DACARBAZINUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 579 | **DACARBAZINUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 580 | **DACARBAZINUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 581 | **DACARBAZINUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 582 | **DACARBAZINUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 583 | **DACARBAZINUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 584 | **DACARBAZINUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 585 | **DACARBAZINUM** | D28.0 | SROM |
| 586 | **DACARBAZINUM** | D28.1 | POCHWA |
| 587 | **DACARBAZINUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 588 | **DACARBAZINUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 589 | **DACARBAZINUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 590 | **DACARBAZINUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 591 | **DACARBAZINUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 592 | **DACARBAZINUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 593 | **DACARBAZINUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 594 | **DACARBAZINUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 595 | **DACARBAZINUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 596 | **DACARBAZINUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 597 | **DACARBAZINUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 598 | **DACARBAZINUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 599 | **DACARBAZINUM** | D30.0 | NERKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 600 | **DACARBAZINUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 601 | **DACARBAZINUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 602 | **DACARBAZINUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 603 | **DACARBAZINUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 604 | **DACARBAZINUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 605 | **DACARBAZINUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 606 | **DACARBAZINUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 607 | **DACARBAZINUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 608 | **DACARBAZINUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 609 | **DACARBAZINUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 610 | **DACARBAZINUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 611 | **DACARBAZINUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 612 | **DACARBAZINUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 613 | **DACARBAZINUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 614 | **DACARBAZINUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 615 | **DACARBAZINUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 616 | **DACARBAZINUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 617 | **DACARBAZINUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 618 | **DACARBAZINUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 619 | **DACARBAZINUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 620 | **DACARBAZINUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 621 | **DACARBAZINUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 622 | **DACARBAZINUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 623 | **DACARBAZINUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 624 | **DACARBAZINUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 625 | **DACARBAZINUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 626 | **DACARBAZINUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 627 | **DACARBAZINUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 628 | **DACARBAZINUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 629 | **DACARBAZINUM** | D35.0 | NADNERCZA |
| 630 | **DACARBAZINUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 631 | **DACARBAZINUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 632 | **DACARBAZINUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 633 | **DACARBAZINUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 634 | **DACARBAZINUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 635 | **DACARBAZINUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 636 | **DACARBAZINUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 637 | **DACARBAZINUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 638 | **DACARBAZINUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 639 | **DACARBAZINUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 640 | **DACARBAZINUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 641 | **DACARBAZINUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 642 | **DACARBAZINUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 643 | **DACARBAZINUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 644 | **DACARBAZINUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 645 | **DACARBAZINUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 646 | **DACARBAZINUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 647 | **DACARBAZINUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 648 | **DACARBAZINUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 649 | **DACARBAZINUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 650 | **DACARBAZINUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 651 | **DACARBAZINUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 652 | **DACARBAZINUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 653 | **DACARBAZINUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 654 | **DACARBAZINUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 655 | **DACARBAZINUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 656 | **DACARBAZINUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 657 | **DACARBAZINUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 658 | **DACARBAZINUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 659 | **DACARBAZINUM** | D38.4 | GRASICA |
| 660 | **DACARBAZINUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 661 | **DACARBAZINUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 662 | **DACARBAZINUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 663 | **DACARBAZINUM** | D39.0 | MACICA |
| 664 | **DACARBAZINUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 665 | **DACARBAZINUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 666 | **DACARBAZINUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 667 | **DACARBAZINUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 668 | **DACARBAZINUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 669 | **DACARBAZINUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 670 | **DACARBAZINUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 671 | **DACARBAZINUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 672 | **DACARBAZINUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 673 | **DACARBAZINUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 674 | **DACARBAZINUM** | D41.0 | NERKA |
| 675 | **DACARBAZINUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 676 | **DACARBAZINUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 677 | **DACARBAZINUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 678 | **DACARBAZINUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 679 | **DACARBAZINUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 680 | **DACARBAZINUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 681 | **DACARBAZINUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 682 | **DACARBAZINUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 683 | **DACARBAZINUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 684 | **DACARBAZINUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 685 | **DACARBAZINUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 686 | **DACARBAZINUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 687 | **DACARBAZINUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 688 | **DACARBAZINUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 689 | **DACARBAZINUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 690 | **DACARBAZINUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 691 | **DACARBAZINUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 692 | **DACARBAZINUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 693 | **DACARBAZINUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 694 | **DACARBAZINUM** | D44.0 | TARCZYCA |
| 695 | **DACARBAZINUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 696 | **DACARBAZINUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 697 | **DACARBAZINUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 698 | **DACARBAZINUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 699 | **DACARBAZINUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 700 | **DACARBAZINUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 701 | **DACARBAZINUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 702 | **DACARBAZINUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 703 | **DACARBAZINUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 704 | **DACARBAZINUM** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA |
| 705 | **DACARBAZINUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 706 | **DACARBAZINUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 707 | **DACARBAZINUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 708 | **DACARBAZINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 709 | **DACARBAZINUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 710 | **DACARBAZINUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 711 | **DACARBAZINUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 712 | **DACARBAZINUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 713 | **DACARBAZINUM** | D47 | INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 714 | **DACARBAZINUM** | D47.0 | GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE |
| 715 | **DACARBAZINUM** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 716 | **DACARBAZINUM** | D47.2 | GAMMOPATIA MONOKLONALNA |
| 717 | **DACARBAZINUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 718 | **DACARBAZINUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 719 | **DACARBAZINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 720 | **DACARBAZINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 721 | **DACARBAZINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 722 | **DACARBAZINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 723 | **DACARBAZINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 724 | **DACARBAZINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 725 | **DACARBAZINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 726 | **DACARBAZINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 727 | **DACARBAZINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 728 | **DACARBAZINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 729 | **DACARBAZINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 730 | **DACARBAZINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 731 | **DACARBAZINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 732 | **DACARBAZINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 733 | **DACARBAZINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 734 | **DACARBAZINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 735 | **DACARBAZINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 736 | **DACARBAZINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 737 | **DACARBAZINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 738 | **DACARBAZINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 739 | **DACARBAZINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.19.

**DOCETAXELUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **DOCETAXELUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **DOCETAXELUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **DOCETAXELUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **DOCETAXELUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **DOCETAXELUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **DOCETAXELUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **DOCETAXELUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **DOCETAXELUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **DOCETAXELUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **DOCETAXELUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **DOCETAXELUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **DOCETAXELUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **DOCETAXELUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **DOCETAXELUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **DOCETAXELUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **DOCETAXELUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **DOCETAXELUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **DOCETAXELUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **DOCETAXELUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20 | **DOCETAXELUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21 | **DOCETAXELUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 22 | **DOCETAXELUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **DOCETAXELUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **DOCETAXELUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **DOCETAXELUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **DOCETAXELUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **DOCETAXELUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **DOCETAXELUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **DOCETAXELUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **DOCETAXELUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **DOCETAXELUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **DOCETAXELUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **DOCETAXELUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **DOCETAXELUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **DOCETAXELUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **DOCETAXELUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **DOCETAXELUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **DOCETAXELUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **DOCETAXELUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **DOCETAXELUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **DOCETAXELUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **DOCETAXELUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43 | **DOCETAXELUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **DOCETAXELUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **DOCETAXELUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **DOCETAXELUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **DOCETAXELUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 48 | **DOCETAXELUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **DOCETAXELUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **DOCETAXELUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **DOCETAXELUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **DOCETAXELUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **DOCETAXELUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **DOCETAXELUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **DOCETAXELUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **DOCETAXELUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **DOCETAXELUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **DOCETAXELUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **DOCETAXELUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **DOCETAXELUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **DOCETAXELUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **DOCETAXELUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **DOCETAXELUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **DOCETAXELUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **DOCETAXELUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **DOCETAXELUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67 | **DOCETAXELUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **DOCETAXELUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **DOCETAXELUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **DOCETAXELUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **DOCETAXELUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **DOCETAXELUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **DOCETAXELUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 74 | **DOCETAXELUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **DOCETAXELUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **DOCETAXELUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **DOCETAXELUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **DOCETAXELUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | **DOCETAXELUM** | C16.0 | WPUST |
| 80 | **DOCETAXELUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | **DOCETAXELUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | **DOCETAXELUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | **DOCETAXELUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | **DOCETAXELUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | **DOCETAXELUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | **DOCETAXELUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | **DOCETAXELUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | **DOCETAXELUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 89 | **DOCETAXELUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 90 | **DOCETAXELUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 91 | **DOCETAXELUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 92 | **DOCETAXELUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 93 | **DOCETAXELUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 94 | **DOCETAXELUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 95 | **DOCETAXELUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 96 | **DOCETAXELUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 97 | **DOCETAXELUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 98 | **DOCETAXELUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 99 | **DOCETAXELUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 100 | **DOCETAXELUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 101 | **DOCETAXELUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 102 | **DOCETAXELUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 103 | **DOCETAXELUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 104 | **DOCETAXELUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 105 | **DOCETAXELUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 106 | **DOCETAXELUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 107 | **DOCETAXELUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 108 | **DOCETAXELUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 109 | **DOCETAXELUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 110 | **DOCETAXELUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 111 | **DOCETAXELUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 112 | **DOCETAXELUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 113 | **DOCETAXELUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 114 | **DOCETAXELUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 115 | **DOCETAXELUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 116 | **DOCETAXELUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 117 | **DOCETAXELUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |

Załącznik C.20.

**DOXORUBICINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **DOXORUBICINUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | **DOXORUBICINUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | **DOXORUBICINUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | **DOXORUBICINUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | **DOXORUBICINUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | **DOXORUBICINUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | **DOXORUBICINUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | **DOXORUBICINUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | **DOXORUBICINUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | **DOXORUBICINUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | **DOXORUBICINUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | **DOXORUBICINUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | **DOXORUBICINUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | **DOXORUBICINUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | **DOXORUBICINUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | **DOXORUBICINUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | **DOXORUBICINUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | **DOXORUBICINUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | **DOXORUBICINUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20. | **DOXORUBICINUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21. | **DOXORUBICINUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22. | **DOXORUBICINUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23. | **DOXORUBICINUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | **DOXORUBICINUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | **DOXORUBICINUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | **DOXORUBICINUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | **DOXORUBICINUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | **DOXORUBICINUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | **DOXORUBICINUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | **DOXORUBICINUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | **DOXORUBICINUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | **DOXORUBICINUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | **DOXORUBICINUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | **DOXORUBICINUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | **DOXORUBICINUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | **DOXORUBICINUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | **DOXORUBICINUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | **DOXORUBICINUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | **DOXORUBICINUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | **DOXORUBICINUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | **DOXORUBICINUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | **DOXORUBICINUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43. | **DOXORUBICINUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 44. | **DOXORUBICINUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | **DOXORUBICINUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | **DOXORUBICINUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | **DOXORUBICINUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | **DOXORUBICINUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | **DOXORUBICINUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | **DOXORUBICINUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | **DOXORUBICINUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | **DOXORUBICINUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | **DOXORUBICINUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | **DOXORUBICINUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | **DOXORUBICINUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | **DOXORUBICINUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | **DOXORUBICINUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58. | **DOXORUBICINUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | **DOXORUBICINUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | **DOXORUBICINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | **DOXORUBICINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | **DOXORUBICINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | **DOXORUBICINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | **DOXORUBICINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | **DOXORUBICINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66. | **DOXORUBICINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67. | **DOXORUBICINUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 68. | **DOXORUBICINUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | **DOXORUBICINUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | **DOXORUBICINUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | **DOXORUBICINUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | **DOXORUBICINUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | **DOXORUBICINUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **DOXORUBICINUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | **DOXORUBICINUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76. | **DOXORUBICINUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | **DOXORUBICINUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | **DOXORUBICINUM** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 79. | **DOXORUBICINUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 80. | **DOXORUBICINUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 81. | **DOXORUBICINUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 82. | **DOXORUBICINUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 83. | **DOXORUBICINUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 84. | **DOXORUBICINUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 85. | **DOXORUBICINUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 86. | **DOXORUBICINUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 87. | **DOXORUBICINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 88. | **DOXORUBICINUM** | C16.0 | WPUST |
| 89. | **DOXORUBICINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 90. | **DOXORUBICINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 91. | **DOXORUBICINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 92. | **DOXORUBICINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 93. | **DOXORUBICINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 94. | **DOXORUBICINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 95. | **DOXORUBICINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 96. | **DOXORUBICINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 97. | **DOXORUBICINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 98. | **DOXORUBICINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 99. | **DOXORUBICINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 100. | **DOXORUBICINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 101. | **DOXORUBICINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 102. | **DOXORUBICINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 103. | **DOXORUBICINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 104. | **DOXORUBICINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 105. | **DOXORUBICINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 106. | **DOXORUBICINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 107. | **DOXORUBICINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 108. | **DOXORUBICINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 109. | **DOXORUBICINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 110. | **DOXORUBICINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 111. | **DOXORUBICINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 112. | **DOXORUBICINUM** | C18.7 | ESICA |
| 113. | **DOXORUBICINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 114. | **DOXORUBICINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 115. | **DOXORUBICINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 116. | **DOXORUBICINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 117. | **DOXORUBICINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 118. | **DOXORUBICINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 119. | **DOXORUBICINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 120. | **DOXORUBICINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 121. | **DOXORUBICINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 122. | **DOXORUBICINUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 123. | **DOXORUBICINUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 124. | **DOXORUBICINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 125. | **DOXORUBICINUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 126. | **DOXORUBICINUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 127. | **DOXORUBICINUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 128. | **DOXORUBICINUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 129. | **DOXORUBICINUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 130. | **DOXORUBICINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 131. | **DOXORUBICINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 132. | **DOXORUBICINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 133. | **DOXORUBICINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 134. | **DOXORUBICINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 135. | **DOXORUBICINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 136. | **DOXORUBICINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 137. | **DOXORUBICINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 138. | **DOXORUBICINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 139. | **DOXORUBICINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 140. | **DOXORUBICINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 141. | **DOXORUBICINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 142. | **DOXORUBICINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 143. | **DOXORUBICINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 144. | **DOXORUBICINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 145. | **DOXORUBICINUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 146. | **DOXORUBICINUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 147. | **DOXORUBICINUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 148. | **DOXORUBICINUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 149. | **DOXORUBICINUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 150. | **DOXORUBICINUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 151. | **DOXORUBICINUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 152. | **DOXORUBICINUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 153. | **DOXORUBICINUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 154. | **DOXORUBICINUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 155. | **DOXORUBICINUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 156. | **DOXORUBICINUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 157. | **DOXORUBICINUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 158. | **DOXORUBICINUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 159. | **DOXORUBICINUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 160. | **DOXORUBICINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 161. | **DOXORUBICINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 162. | **DOXORUBICINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 163. | **DOXORUBICINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 164. | **DOXORUBICINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 165. | **DOXORUBICINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 166. | **DOXORUBICINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 167. | **DOXORUBICINUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 168. | **DOXORUBICINUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 169. | **DOXORUBICINUM** | C38.0 | SERCE |
| 170. | **DOXORUBICINUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 171. | **DOXORUBICINUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 172. | **DOXORUBICINUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 173. | **DOXORUBICINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 174. | **DOXORUBICINUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 175. | **DOXORUBICINUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 176. | **DOXORUBICINUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 177. | **DOXORUBICINUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 178. | **DOXORUBICINUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 179. | **DOXORUBICINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 180. | **DOXORUBICINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 181. | **DOXORUBICINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 182. | **DOXORUBICINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 183. | **DOXORUBICINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 184. | **DOXORUBICINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 185. | **DOXORUBICINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 186. | **DOXORUBICINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 187. | **DOXORUBICINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 188. | **DOXORUBICINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 189. | **DOXORUBICINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 190. | **DOXORUBICINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 191. | **DOXORUBICINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 192. | **DOXORUBICINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 193. | **DOXORUBICINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 194. | **DOXORUBICINUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 195. | **DOXORUBICINUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 196. | **DOXORUBICINUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 197. | **DOXORUBICINUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 198. | **DOXORUBICINUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 199. | **DOXORUBICINUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 200. | **DOXORUBICINUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 201. | **DOXORUBICINUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 202. | **DOXORUBICINUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 203. | **DOXORUBICINUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 204. | **DOXORUBICINUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 205. | **DOXORUBICINUM** | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 206. | **DOXORUBICINUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 207. | **DOXORUBICINUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 208. | **DOXORUBICINUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 209. | **DOXORUBICINUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 210. | **DOXORUBICINUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 211. | **DOXORUBICINUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 212. | **DOXORUBICINUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 213. | **DOXORUBICINUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 214. | **DOXORUBICINUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |
| 215. | **DOXORUBICINUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 216. | **DOXORUBICINUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 217. | **DOXORUBICINUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 218. | **DOXORUBICINUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY |
| 219. | **DOXORUBICINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 220. | **DOXORUBICINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 221. | **DOXORUBICINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 222. | **DOXORUBICINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 223. | **DOXORUBICINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 224. | **DOXORUBICINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 225. | **DOXORUBICINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 226. | **DOXORUBICINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 227. | **DOXORUBICINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 228. | **DOXORUBICINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 229. | **DOXORUBICINUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 230. | **DOXORUBICINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 231. | **DOXORUBICINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 232. | **DOXORUBICINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 233. | **DOXORUBICINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 234. | **DOXORUBICINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 235. | **DOXORUBICINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 236. | **DOXORUBICINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 237. | **DOXORUBICINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 238. | **DOXORUBICINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 239. | **DOXORUBICINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 240. | **DOXORUBICINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 241. | **DOXORUBICINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 242. | **DOXORUBICINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 243. | **DOXORUBICINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 244. | **DOXORUBICINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 245. | **DOXORUBICINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 246. | **DOXORUBICINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 247. | **DOXORUBICINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 248. | **DOXORUBICINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 249. | **DOXORUBICINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 250. | **DOXORUBICINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 251. | **DOXORUBICINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 252. | **DOXORUBICINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 253. | **DOXORUBICINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 254. | **DOXORUBICINUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 255. | **DOXORUBICINUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 256. | **DOXORUBICINUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 257. | **DOXORUBICINUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 258. | **DOXORUBICINUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 259. | **DOXORUBICINUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 260. | **DOXORUBICINUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 261. | **DOXORUBICINUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 262. | **DOXORUBICINUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 263. | **DOXORUBICINUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 264. | **DOXORUBICINUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 265. | **DOXORUBICINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 266. | **DOXORUBICINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 267. | **DOXORUBICINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 268. | **DOXORUBICINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 269. | **DOXORUBICINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 270. | **DOXORUBICINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 271. | **DOXORUBICINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 272. | **DOXORUBICINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 273. | **DOXORUBICINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 274. | **DOXORUBICINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 275. | **DOXORUBICINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 276. | **DOXORUBICINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 277. | **DOXORUBICINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 278. | **DOXORUBICINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 279. | **DOXORUBICINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 280. | **DOXORUBICINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 281. | **DOXORUBICINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 282. | **DOXORUBICINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 283. | **DOXORUBICINUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 284. | **DOXORUBICINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 285. | **DOXORUBICINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 286. | **DOXORUBICINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 287. | **DOXORUBICINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 288. | **DOXORUBICINUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 289. | **DOXORUBICINUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 290. | **DOXORUBICINUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 291. | **DOXORUBICINUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 292. | **DOXORUBICINUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 293. | **DOXORUBICINUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 294. | **DOXORUBICINUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 295. | **DOXORUBICINUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 296. | **DOXORUBICINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 297. | **DOXORUBICINUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 298. | **DOXORUBICINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 299. | **DOXORUBICINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 300. | **DOXORUBICINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 301. | **DOXORUBICINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302. | **DOXORUBICINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 303. | **DOXORUBICINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 304. | **DOXORUBICINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 305. | **DOXORUBICINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 306. | **DOXORUBICINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 307. | **DOXORUBICINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 308. | **DOXORUBICINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 309. | **DOXORUBICINUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 310. | **DOXORUBICINUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 311. | **DOXORUBICINUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 312. | **DOXORUBICINUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 313. | **DOXORUBICINUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 314. | **DOXORUBICINUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 315. | **DOXORUBICINUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 316. | **DOXORUBICINUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 317. | **DOXORUBICINUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 318. | **DOXORUBICINUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 319. | **DOXORUBICINUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 320. | **DOXORUBICINUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 321. | **DOXORUBICINUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 322. | **DOXORUBICINUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 323. | **DOXORUBICINUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 324. | **DOXORUBICINUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 325. | **DOXORUBICINUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 326. | **DOXORUBICINUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 327. | **DOXORUBICINUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 328. | **DOXORUBICINUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 329. | **DOXORUBICINUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 330. | **DOXORUBICINUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 331. | **DOXORUBICINUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 332. | **DOXORUBICINUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 333. | **DOXORUBICINUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 334. | **DOXORUBICINUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 335. | **DOXORUBICINUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 336. | **DOXORUBICINUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 337. | **DOXORUBICINUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 338. | **DOXORUBICINUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 339. | **DOXORUBICINUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 340. | **DOXORUBICINUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 341. | **DOXORUBICINUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 342. | **DOXORUBICINUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 343. | **DOXORUBICINUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 344. | **DOXORUBICINUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 345. | **DOXORUBICINUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 346. | **DOXORUBICINUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 347. | **DOXORUBICINUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 348. | **DOXORUBICINUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 349. | **DOXORUBICINUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 350. | **DOXORUBICINUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 351. | **DOXORUBICINUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 352. | **DOXORUBICINUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 353. | **DOXORUBICINUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 354. | **DOXORUBICINUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 355. | **DOXORUBICINUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 356. | **DOXORUBICINUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 357. | **DOXORUBICINUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 358. | **DOXORUBICINUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 359. | **DOXORUBICINUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 360. | **DOXORUBICINUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 361. | **DOXORUBICINUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 362. | **DOXORUBICINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH |
| 363. | **DOXORUBICINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 364. | **DOXORUBICINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 365. | **DOXORUBICINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 366. | **DOXORUBICINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 367. | **DOXORUBICINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 368. | **DOXORUBICINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 369. | **DOXORUBICINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 370. | **DOXORUBICINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 371. | **DOXORUBICINUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 372. | **DOXORUBICINUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 373. | **DOXORUBICINUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 374. | **DOXORUBICINUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 375. | **DOXORUBICINUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 376. | **DOXORUBICINUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 377. | **DOXORUBICINUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 378. | **DOXORUBICINUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 379. | **DOXORUBICINUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 380. | **DOXORUBICINUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 381. | **DOXORUBICINUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 382. | **DOXORUBICINUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 383. | **DOXORUBICINUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 384. | **DOXORUBICINUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 385. | **DOXORUBICINUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 386. | **DOXORUBICINUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 387. | **DOXORUBICINUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 388. | **DOXORUBICINUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 389. | **DOXORUBICINUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 390. | **DOXORUBICINUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 391. | **DOXORUBICINUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 392. | **DOXORUBICINUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 393. | **DOXORUBICINUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 394. | **DOXORUBICINUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 395. | **DOXORUBICINUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 396. | **DOXORUBICINUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 397. | **DOXORUBICINUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 398. | **DOXORUBICINUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 399. | **DOXORUBICINUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 400. | **DOXORUBICINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 401. | **DOXORUBICINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 402. | **DOXORUBICINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 403. | **DOXORUBICINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 404. | **DOXORUBICINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 405. | **DOXORUBICINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 406. | **DOXORUBICINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 407. | **DOXORUBICINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 408. | **DOXORUBICINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 409. | **DOXORUBICINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 410. | **DOXORUBICINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 411. | **DOXORUBICINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 412. | **DOXORUBICINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 413. | **DOXORUBICINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 414. | **DOXORUBICINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 415. | **DOXORUBICINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 416. | **DOXORUBICINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 417. | **DOXORUBICINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 418. | **DOXORUBICINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 419. | **DOXORUBICINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 420. | **DOXORUBICINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 421. | **DOXORUBICINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 422. | **DOXORUBICINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 423. | **DOXORUBICINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 424. | **DOXORUBICINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 425. | **DOXORUBICINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 426. | **DOXORUBICINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 427. | **DOXORUBICINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 428. | **DOXORUBICINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 429. | **DOXORUBICINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 430. | **DOXORUBICINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 431. | **DOXORUBICINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 432. | **DOXORUBICINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 433. | **DOXORUBICINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 434. | **DOXORUBICINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 435. | **DOXORUBICINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 436. | **DOXORUBICINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 437. | **DOXORUBICINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 438. | **DOXORUBICINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 439. | **DOXORUBICINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 440. | **DOXORUBICINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 441. | **DOXORUBICINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 442. | **DOXORUBICINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 443. | **DOXORUBICINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 444. | **DOXORUBICINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 445. | **DOXORUBICINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 446. | **DOXORUBICINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 447. | **DOXORUBICINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 448. | **DOXORUBICINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 449. | **DOXORUBICINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 450. | **DOXORUBICINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 451. | **DOXORUBICINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 452. | **DOXORUBICINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 453. | **DOXORUBICINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 454. | **DOXORUBICINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT |
| 455. | **DOXORUBICINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 456. | **DOXORUBICINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 457. | **DOXORUBICINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 458. | **DOXORUBICINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 459. | **DOXORUBICINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 460. | **DOXORUBICINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 461. | **DOXORUBICINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 462. | **DOXORUBICINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 463. | **DOXORUBICINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 464. | **DOXORUBICINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 465. | **DOXORUBICINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 466. | **DOXORUBICINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 467. | **DOXORUBICINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 468. | **DOXORUBICINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 469. | **DOXORUBICINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 470. | **DOXORUBICINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 471. | **DOXORUBICINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 472. | **DOXORUBICINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 473. | **DOXORUBICINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 474. | **DOXORUBICINUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 475. | **DOXORUBICINUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 476. | **DOXORUBICINUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 477. | **DOXORUBICINUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 478. | **DOXORUBICINUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 479. | **DOXORUBICINUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 480. | **DOXORUBICINUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 481. | **DOXORUBICINUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 482. | **DOXORUBICINUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 483. | **DOXORUBICINUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 484. | **DOXORUBICINUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 485. | **DOXORUBICINUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 486. | **DOXORUBICINUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 487. | **DOXORUBICINUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 488. | **DOXORUBICINUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 489. | **DOXORUBICINUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 490. | **DOXORUBICINUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 491. | **DOXORUBICINUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 492. | **DOXORUBICINUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 493. | **DOXORUBICINUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 494. | **DOXORUBICINUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 495. | **DOXORUBICINUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 496. | **DOXORUBICINUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 497. | **DOXORUBICINUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 498. | **DOXORUBICINUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 499. | **DOXORUBICINUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 500. | **DOXORUBICINUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 501. | **DOXORUBICINUM** | D07.1 | SROM |
| 502. | **DOXORUBICINUM** | D07.2 | POCHWA |
| 503. | **DOXORUBICINUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 504. | **DOXORUBICINUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 505. | **DOXORUBICINUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 506. | **DOXORUBICINUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 507. | **DOXORUBICINUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 508. | **DOXORUBICINUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 509. | **DOXORUBICINUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 510. | **DOXORUBICINUM** | D09.2 | OKO |
| 511. | **DOXORUBICINUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 512. | **DOXORUBICINUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 513. | **DOXORUBICINUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 514. | **DOXORUBICINUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 515. | **DOXORUBICINUM** | D10.0 | WARGA |
| 516. | **DOXORUBICINUM** | D10.1 | JĘZYK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 517. | **DOXORUBICINUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 518. | **DOXORUBICINUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 519. | **DOXORUBICINUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 520. | **DOXORUBICINUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 521. | **DOXORUBICINUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 522. | **DOXORUBICINUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 523. | **DOXORUBICINUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 524. | **DOXORUBICINUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 525. | **DOXORUBICINUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 526. | **DOXORUBICINUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 527. | **DOXORUBICINUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 528. | **DOXORUBICINUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 529. | **DOXORUBICINUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 530. | **DOXORUBICINUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 531. | **DOXORUBICINUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 532. | **DOXORUBICINUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 533. | **DOXORUBICINUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 534. | **DOXORUBICINUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 535. | **DOXORUBICINUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 536. | **DOXORUBICINUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 537. | **DOXORUBICINUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 538. | **DOXORUBICINUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 539. | **DOXORUBICINUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 540. | **DOXORUBICINUM** | D13.0 | PRZEŁYK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 541. | **DOXORUBICINUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 542. | **DOXORUBICINUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 543. | **DOXORUBICINUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 544. | **DOXORUBICINUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 545. | **DOXORUBICINUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 546. | **DOXORUBICINUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 547. | **DOXORUBICINUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 548. | **DOXORUBICINUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 549. | **DOXORUBICINUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 550. | **DOXORUBICINUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 551. | **DOXORUBICINUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 552. | **DOXORUBICINUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 553. | **DOXORUBICINUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 554. | **DOXORUBICINUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 555. | **DOXORUBICINUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 556. | **DOXORUBICINUM** | D15.0 | GRASICA |
| 557. | **DOXORUBICINUM** | D15.1 | SERCE |
| 558. | **DOXORUBICINUM** | D15.2 | ŚRÓDPIERSIE |
| 559. | **DOXORUBICINUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 560. | **DOXORUBICINUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 561. | **DOXORUBICINUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 562. | **DOXORUBICINUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 563. | **DOXORUBICINUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 564. | **DOXORUBICINUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 565. | **DOXORUBICINUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 566. | **DOXORUBICINUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 567. | **DOXORUBICINUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 568. | **DOXORUBICINUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 569. | **DOXORUBICINUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 570. | **DOXORUBICINUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 571. | **DOXORUBICINUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 572. | **DOXORUBICINUM** | D17 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ |
| 573. | **DOXORUBICINUM** | D17.0 | TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 574. | **DOXORUBICINUM** | D17.1 | TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA |
| 575. | **DOXORUBICINUM** | D17.2 | TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN |
| 576. | **DOXORUBICINUM** | D17.3 | TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 577. | **DOXORUBICINUM** | D17.4 | TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 578. | **DOXORUBICINUM** | D17.5 | TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ |
| 579. | **DOXORUBICINUM** | D17.6 | TŁUSZCZAK POWRÓZKA NASIENNEGO |
| 580. | **DOXORUBICINUM** | D17.7 | TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 581. | **DOXORUBICINUM** | D17.9 | TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY |
| 582. | **DOXORUBICINUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 583. | **DOXORUBICINUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 584. | **DOXORUBICINUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 585. | **DOXORUBICINUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 586. | **DOXORUBICINUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 587. | **DOXORUBICINUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 588. | **DOXORUBICINUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 589. | **DOXORUBICINUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 590. | **DOXORUBICINUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 591. | **DOXORUBICINUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 592. | **DOXORUBICINUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 593. | **DOXORUBICINUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 594. | **DOXORUBICINUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 595. | **DOXORUBICINUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 596. | **DOXORUBICINUM** | D28.0 | SROM |
| 597. | **DOXORUBICINUM** | D28.1 | POCHWA |
| 598. | **DOXORUBICINUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 599. | **DOXORUBICINUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 600. | **DOXORUBICINUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 601. | **DOXORUBICINUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 602. | **DOXORUBICINUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 603. | **DOXORUBICINUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 604. | **DOXORUBICINUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 605. | **DOXORUBICINUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 606. | **DOXORUBICINUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 607. | **DOXORUBICINUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 608. | **DOXORUBICINUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 609. | **DOXORUBICINUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 610. | **DOXORUBICINUM** | D30.0 | NERKA |
| 611. | **DOXORUBICINUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 612. | **DOXORUBICINUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 613. | **DOXORUBICINUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 614. | **DOXORUBICINUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 615. | **DOXORUBICINUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 616. | **DOXORUBICINUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 617. | **DOXORUBICINUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 618. | **DOXORUBICINUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 619. | **DOXORUBICINUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 620. | **DOXORUBICINUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 621. | **DOXORUBICINUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 622. | **DOXORUBICINUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 623. | **DOXORUBICINUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 624. | **DOXORUBICINUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 625. | **DOXORUBICINUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 626. | **DOXORUBICINUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 627. | **DOXORUBICINUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 628. | **DOXORUBICINUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 629. | **DOXORUBICINUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 630. | **DOXORUBICINUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 631. | **DOXORUBICINUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 632. | **DOXORUBICINUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 633. | **DOXORUBICINUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 634. | **DOXORUBICINUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 635. | **DOXORUBICINUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 636. | **DOXORUBICINUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 637. | **DOXORUBICINUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 638. | **DOXORUBICINUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 639. | **DOXORUBICINUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 640. | **DOXORUBICINUM** | D35.0 | NADNERCZA |
| 641. | **DOXORUBICINUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 642. | **DOXORUBICINUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 643. | **DOXORUBICINUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 644. | **DOXORUBICINUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 645. | **DOXORUBICINUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 646. | **DOXORUBICINUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 647. | **DOXORUBICINUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 648. | **DOXORUBICINUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 649. | **DOXORUBICINUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 650. | **DOXORUBICINUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 651. | **DOXORUBICINUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 652. | **DOXORUBICINUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 653. | **DOXORUBICINUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 654. | **DOXORUBICINUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 655. | **DOXORUBICINUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 656. | **DOXORUBICINUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 657. | **DOXORUBICINUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 658. | **DOXORUBICINUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 659. | **DOXORUBICINUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 660. | **DOXORUBICINUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 661. | **DOXORUBICINUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 662. | **DOXORUBICINUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 663. | **DOXORUBICINUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 664. | **DOXORUBICINUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 665. | **DOXORUBICINUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 666. | **DOXORUBICINUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 667. | **DOXORUBICINUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 668. | **DOXORUBICINUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 669. | **DOXORUBICINUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 670. | **DOXORUBICINUM** | D38.4 | GRASICA |
| 671. | **DOXORUBICINUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 672. | **DOXORUBICINUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 673. | **DOXORUBICINUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 674. | **DOXORUBICINUM** | D39.0 | MACICA |
| 675. | **DOXORUBICINUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 676. | **DOXORUBICINUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 677. | **DOXORUBICINUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 678. | **DOXORUBICINUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 679. | **DOXORUBICINUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 680. | **DOXORUBICINUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 681. | **DOXORUBICINUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 682. | **DOXORUBICINUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 683. | **DOXORUBICINUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 684. | **DOXORUBICINUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 685. | **DOXORUBICINUM** | D41.0 | NERKA |
| 686. | **DOXORUBICINUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 687. | **DOXORUBICINUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 688. | **DOXORUBICINUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 689. | **DOXORUBICINUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 690. | **DOXORUBICINUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 691. | **DOXORUBICINUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 692. | **DOXORUBICINUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 693. | **DOXORUBICINUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 694. | **DOXORUBICINUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 695. | **DOXORUBICINUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 696. | **DOXORUBICINUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 697. | **DOXORUBICINUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 698. | **DOXORUBICINUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 699. | **DOXORUBICINUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 700. | **DOXORUBICINUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 701. | **DOXORUBICINUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 702. | **DOXORUBICINUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 703. | **DOXORUBICINUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 704. | **DOXORUBICINUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 705. | **DOXORUBICINUM** | D44.0 | TARCZYCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 706. | **DOXORUBICINUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 707. | **DOXORUBICINUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 708. | **DOXORUBICINUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 709. | **DOXORUBICINUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 710. | **DOXORUBICINUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 711. | **DOXORUBICINUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 712. | **DOXORUBICINUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 713. | **DOXORUBICINUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 714. | **DOXORUBICINUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 715. | **DOXORUBICINUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 716. | **DOXORUBICINUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 717. | **DOXORUBICINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 718. | **DOXORUBICINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 719. | **DOXORUBICINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 720. | **DOXORUBICINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 721. | **DOXORUBICINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 722. | **DOXORUBICINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 723. | **DOXORUBICINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 724. | **DOXORUBICINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 725. | **DOXORUBICINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 726. | **DOXORUBICINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 727. | **DOXORUBICINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 728. | **DOXORUBICINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 729. | **DOXORUBICINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 730. | **DOXORUBICINUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 731. | **DOXORUBICINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 732. | **DOXORUBICINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 733. | **DOXORUBICINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 734. | **DOXORUBICINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 735. | **DOXORUBICINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 736. | **DOXORUBICINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 737. | **DOXORUBICINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 738. | **DOXORUBICINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.21.a.

**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 2. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 3. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 4. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 5. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 6. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 7. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 8. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 9. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 10. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.21.b.

## DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej ≥200mg/m $^2$;

z uwzględnieniem przeciwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 2 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 3 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 4 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 5 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 6 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 7 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 9 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 10 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 11 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 12 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 13 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 14 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 15 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 16 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 17 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 18 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 19 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 20 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 21 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 22 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 23 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 24 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 25 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 26 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 27 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 28 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 29 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 30 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 31 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 32 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 33 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 34 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 35 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 36 | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.22.

**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI' EGO |
| 2. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY |
| 3. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 4. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA |
| 5. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 6. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 7. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 8. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 9. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 10. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 11. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 12. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 13. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 14. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 15. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 16. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 17. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 18. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 19. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 20. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 21. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 22. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 23. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |

Załącznik C.23.

**EPIRUBICINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **EPIRUBICINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 2 | **EPIRUBICINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 3 | **EPIRUBICINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 4 | **EPIRUBICINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 5 | **EPIRUBICINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 6 | **EPIRUBICINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 7 | **EPIRUBICINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | **EPIRUBICINUM** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 9 | **EPIRUBICINUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 10 | **EPIRUBICINUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 11 | **EPIRUBICINUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 12 | **EPIRUBICINUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 13 | **EPIRUBICINUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 14 | **EPIRUBICINUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 15 | **EPIRUBICINUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 16 | **EPIRUBICINUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 17 | **EPIRUBICINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 18 | **EPIRUBICINUM** | C16.0 | WPUST |
| 19 | **EPIRUBICINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 20 | **EPIRUBICINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21 | **EPIRUBICINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 22 | **EPIRUBICINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 23 | **EPIRUBICINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 24 | **EPIRUBICINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 25 | **EPIRUBICINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 26 | **EPIRUBICINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 27 | **EPIRUBICINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 28 | **EPIRUBICINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 29 | **EPIRUBICINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 30 | **EPIRUBICINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 31 | **EPIRUBICINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 32 | **EPIRUBICINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 33 | **EPIRUBICINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 34 | **EPIRUBICINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 35 | **EPIRUBICINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 36 | **EPIRUBICINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 37 | **EPIRUBICINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 38 | **EPIRUBICINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 39 | **EPIRUBICINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 40 | **EPIRUBICINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 41 | **EPIRUBICINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 42 | **EPIRUBICINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 43 | **EPIRUBICINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 44 | **EPIRUBICINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 45 | **EPIRUBICINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 46 | **EPIRUBICINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 47 | **EPIRUBICINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 48 | **EPIRUBICINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 49 | **EPIRUBICINUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 50 | **EPIRUBICINUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 51 | **EPIRUBICINUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 52 | **EPIRUBICINUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |
| 53 | **EPIRUBICINUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 54 | **EPIRUBICINUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 55 | **EPIRUBICINUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 56 | **EPIRUBICINUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY |
| 57 | **EPIRUBICINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 58 | **EPIRUBICINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 59 | **EPIRUBICINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 60 | **EPIRUBICINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 61 | **EPIRUBICINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 62 | **EPIRUBICINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 63 | **EPIRUBICINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 64 | **EPIRUBICINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 65 | **EPIRUBICINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 66 | **EPIRUBICINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **EPIRUBICINUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 68 | **EPIRUBICINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 69 | **EPIRUBICINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 70 | **EPIRUBICINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 71 | **EPIRUBICINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 72 | **EPIRUBICINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 73 | **EPIRUBICINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 74 | **EPIRUBICINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 75 | **EPIRUBICINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 76 | **EPIRUBICINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 77 | **EPIRUBICINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 78 | **EPIRUBICINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 79 | **EPIRUBICINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 80 | **EPIRUBICINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 81 | **EPIRUBICINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 82 | **EPIRUBICINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 83 | **EPIRUBICINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 84 | **EPIRUBICINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 85 | **EPIRUBICINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 86 | **EPIRUBICINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 87 | **EPIRUBICINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 88 | **EPIRUBICINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 89 | **EPIRUBICINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **EPIRUBICINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 91 | **EPIRUBICINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 92 | **EPIRUBICINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 93 | **EPIRUBICINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 94 | **EPIRUBICINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 95 | **EPIRUBICINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 96 | **EPIRUBICINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 97 | **EPIRUBICINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 98 | **EPIRUBICINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 99 | **EPIRUBICINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 100 | **EPIRUBICINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 101 | **EPIRUBICINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 102 | **EPIRUBICINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 103 | **EPIRUBICINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 104 | **EPIRUBICINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 105 | **EPIRUBICINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 106 | **EPIRUBICINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 107 | **EPIRUBICINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 108 | **EPIRUBICINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 109 | **EPIRUBICINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 110 | **EPIRUBICINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 111 | **EPIRUBICINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 112 | **EPIRUBICINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 113 | **EPIRUBICINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114 | **EPIRUBICINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 115 | **EPIRUBICINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 116 | **EPIRUBICINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 117 | **EPIRUBICINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 118 | **EPIRUBICINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 119 | **EPIRUBICINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 120 | **EPIRUBICINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 121 | **EPIRUBICINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 122 | **EPIRUBICINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 123 | **EPIRUBICINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 124 | **EPIRUBICINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 125 | **EPIRUBICINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 126 | **EPIRUBICINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 127 | **EPIRUBICINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 128 | **EPIRUBICINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 129 | **EPIRUBICINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 130 | **EPIRUBICINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 131 | **EPIRUBICINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 132 | **EPIRUBICINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 133 | **EPIRUBICINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 134 | **EPIRUBICINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 135 | **EPIRUBICINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 136 | **EPIRUBICINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 137 | **EPIRUBICINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 138 | **EPIRUBICINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 139 | **EPIRUBICINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 140 | **EPIRUBICINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 141 | **EPIRUBICINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 142 | **EPIRUBICINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 143 | **EPIRUBICINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 144 | **EPIRUBICINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 145 | **EPIRUBICINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 146 | **EPIRUBICINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 147 | **EPIRUBICINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 148 | **EPIRUBICINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 149 | **EPIRUBICINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 150 | **EPIRUBICINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 151 | **EPIRUBICINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 152 | **EPIRUBICINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 153 | **EPIRUBICINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 154 | **EPIRUBICINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 155 | **EPIRUBICINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 156 | **EPIRUBICINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 157 | **EPIRUBICINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 158 | **EPIRUBICINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 159 | **EPIRUBICINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 160 | **EPIRUBICINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 161 | **EPIRUBICINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 162 | **EPIRUBICINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 163 | **EPIRUBICINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 164 | **EPIRUBICINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT |
| 165 | **EPIRUBICINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 166 | **EPIRUBICINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 167 | **EPIRUBICINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 168 | **EPIRUBICINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 169 | **EPIRUBICINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 170 | **EPIRUBICINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 171 | **EPIRUBICINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 172 | **EPIRUBICINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 173 | **EPIRUBICINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 174 | **EPIRUBICINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 175 | **EPIRUBICINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 176 | **EPIRUBICINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 177 | **EPIRUBICINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 178 | **EPIRUBICINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 179 | **EPIRUBICINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 180 | **EPIRUBICINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 181 | **EPIRUBICINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 182 | **EPIRUBICINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 183 | **EPIRUBICINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 184 | **EPIRUBICINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 185 | **EPIRUBICINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 186 | **EPIRUBICINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 187 | **EPIRUBICINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 188 | **EPIRUBICINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 189 | **EPIRUBICINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 190 | **EPIRUBICINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 191 | **EPIRUBICINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 192 | **EPIRUBICINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 193 | **EPIRUBICINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 194 | **EPIRUBICINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 195 | **EPIRUBICINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 196 | **EPIRUBICINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 197 | **EPIRUBICINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 198 | **EPIRUBICINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 199 | **EPIRUBICINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 200 | **EPIRUBICINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 201 | **EPIRUBICINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 202 | **EPIRUBICINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 203 | **EPIRUBICINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 204 | **EPIRUBICINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 205 | **EPIRUBICINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 206 | **EPIRUBICINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 207 | **EPIRUBICINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 208 | **EPIRUBICINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 209 | **EPIRUBICINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 210 | **EPIRUBICINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 211 | **EPIRUBICINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 212 | **EPIRUBICINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 213 | **EPIRUBICINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 214 | **EPIRUBICINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 215 | **EPIRUBICINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 216 | **EPIRUBICINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 217 | **EPIRUBICINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 218 | **EPIRUBICINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 219 | **EPIRUBICINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 220 | **EPIRUBICINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.24.

**ETOPOSIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **ETOPOSIDUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **ETOPOSIDUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **ETOPOSIDUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **ETOPOSIDUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **ETOPOSIDUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **ETOPOSIDUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **ETOPOSIDUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **ETOPOSIDUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **ETOPOSIDUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **ETOPOSIDUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **ETOPOSIDUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **ETOPOSIDUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **ETOPOSIDUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **ETOPOSIDUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **ETOPOSIDUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **ETOPOSIDUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **ETOPOSIDUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **ETOPOSIDUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **ETOPOSIDUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20 | **ETOPOSIDUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21 | **ETOPOSIDUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **ETOPOSIDUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **ETOPOSIDUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **ETOPOSIDUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **ETOPOSIDUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **ETOPOSIDUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **ETOPOSIDUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **ETOPOSIDUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **ETOPOSIDUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **ETOPOSIDUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **ETOPOSIDUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **ETOPOSIDUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **ETOPOSIDUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **ETOPOSIDUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **ETOPOSIDUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **ETOPOSIDUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **ETOPOSIDUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **ETOPOSIDUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **ETOPOSIDUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **ETOPOSIDUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **ETOPOSIDUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **ETOPOSIDUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **ETOPOSIDUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **ETOPOSIDUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **ETOPOSIDUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **ETOPOSIDUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **ETOPOSIDUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **ETOPOSIDUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **ETOPOSIDUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **ETOPOSIDUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **ETOPOSIDUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **ETOPOSIDUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **ETOPOSIDUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **ETOPOSIDUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **ETOPOSIDUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **ETOPOSIDUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **ETOPOSIDUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **ETOPOSIDUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **ETOPOSIDUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **ETOPOSIDUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **ETOPOSIDUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **ETOPOSIDUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **ETOPOSIDUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **ETOPOSIDUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **ETOPOSIDUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **ETOPOSIDUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **ETOPOSIDUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **ETOPOSIDUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **ETOPOSIDUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **ETOPOSIDUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **ETOPOSIDUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **ETOPOSIDUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **ETOPOSIDUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **ETOPOSIDUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **ETOPOSIDUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **ETOPOSIDUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **ETOPOSIDUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **ETOPOSIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | **ETOPOSIDUM** | C16.0 | WPUST |
| 80 | **ETOPOSIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | **ETOPOSIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | **ETOPOSIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | **ETOPOSIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | **ETOPOSIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | **ETOPOSIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | **ETOPOSIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | **ETOPOSIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | **ETOPOSIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89 | **ETOPOSIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **ETOPOSIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91 | **ETOPOSIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92 | **ETOPOSIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 93 | **ETOPOSIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94 | **ETOPOSIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95 | **ETOPOSIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 96 | **ETOPOSIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97 | **ETOPOSIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98 | **ETOPOSIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99 | **ETOPOSIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100 | **ETOPOSIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101 | **ETOPOSIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102 | **ETOPOSIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103 | **ETOPOSIDUM** | C18.7 | ESICA |
| 104 | **ETOPOSIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105 | **ETOPOSIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106 | **ETOPOSIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107 | **ETOPOSIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108 | **ETOPOSIDUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | **ETOPOSIDUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | **ETOPOSIDUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | **ETOPOSIDUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | **ETOPOSIDUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | **ETOPOSIDUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114 | **ETOPOSIDUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | **ETOPOSIDUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116 | **ETOPOSIDUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117 | **ETOPOSIDUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118 | **ETOPOSIDUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119 | **ETOPOSIDUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120 | **ETOPOSIDUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 121 | **ETOPOSIDUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 122 | **ETOPOSIDUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 123 | **ETOPOSIDUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 124 | **ETOPOSIDUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125 | **ETOPOSIDUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 126 | **ETOPOSIDUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127 | **ETOPOSIDUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128 | **ETOPOSIDUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129 | **ETOPOSIDUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 130 | **ETOPOSIDUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131 | **ETOPOSIDUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132 | **ETOPOSIDUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133 | **ETOPOSIDUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134 | **ETOPOSIDUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135 | **ETOPOSIDUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136 | **ETOPOSIDUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 137 | **ETOPOSIDUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138 | **ETOPOSIDUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139 | **ETOPOSIDUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140 | **ETOPOSIDUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141 | **ETOPOSIDUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142 | **ETOPOSIDUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143 | **ETOPOSIDUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144 | **ETOPOSIDUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145 | **ETOPOSIDUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 146 | **ETOPOSIDUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147 | **ETOPOSIDUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148 | **ETOPOSIDUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149 | **ETOPOSIDUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150 | **ETOPOSIDUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151 | **ETOPOSIDUM** | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |
| 152 | **ETOPOSIDUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 153 | **ETOPOSIDUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 154 | **ETOPOSIDUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 155 | **ETOPOSIDUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 156 | **ETOPOSIDUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 157 | **ETOPOSIDUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 158 | **ETOPOSIDUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 159 | **ETOPOSIDUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 160 | **ETOPOSIDUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 161 | **ETOPOSIDUM** | C38.0 | SERCE |
| 162 | **ETOPOSIDUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 163 | **ETOPOSIDUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 164 | **ETOPOSIDUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 165 | **ETOPOSIDUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 166 | **ETOPOSIDUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 167 | **ETOPOSIDUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 168 | **ETOPOSIDUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 169 | **ETOPOSIDUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 170 | **ETOPOSIDUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 171 | **ETOPOSIDUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 172 | **ETOPOSIDUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 173 | **ETOPOSIDUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 174 | **ETOPOSIDUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 175 | **ETOPOSIDUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 176 | **ETOPOSIDUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 177 | **ETOPOSIDUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 178 | **ETOPOSIDUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 179 | **ETOPOSIDUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 180 | **ETOPOSIDUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 181 | **ETOPOSIDUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 182 | **ETOPOSIDUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 183 | **ETOPOSIDUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 184 | **ETOPOSIDUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 185 | **ETOPOSIDUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 186 | **ETOPOSIDUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 187 | **ETOPOSIDUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 188 | **ETOPOSIDUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 189 | **ETOPOSIDUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 190 | **ETOPOSIDUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 191 | **ETOPOSIDUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 192 | **ETOPOSIDUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 193 | **ETOPOSIDUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 194 | **ETOPOSIDUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 195 | **ETOPOSIDUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 196 | **ETOPOSIDUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 197 | **ETOPOSIDUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 198 | **ETOPOSIDUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 199 | **ETOPOSIDUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 200 | **ETOPOSIDUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |
| 201 | **ETOPOSIDUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 202 | **ETOPOSIDUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 203 | **ETOPOSIDUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 204 | **ETOPOSIDUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY |
| 205 | **ETOPOSIDUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 206 | **ETOPOSIDUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 207 | **ETOPOSIDUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 208 | **ETOPOSIDUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 209 | **ETOPOSIDUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 210 | **ETOPOSIDUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 211 | **ETOPOSIDUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 212 | **ETOPOSIDUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 213 | **ETOPOSIDUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 214 | **ETOPOSIDUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 215 | **ETOPOSIDUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 216 | **ETOPOSIDUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 217 | **ETOPOSIDUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 218 | **ETOPOSIDUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 219 | **ETOPOSIDUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 220 | **ETOPOSIDUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 221 | **ETOPOSIDUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 222 | **ETOPOSIDUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 223 | **ETOPOSIDUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 224 | **ETOPOSIDUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 225 | **ETOPOSIDUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 226 | **ETOPOSIDUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 227 | **ETOPOSIDUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 228 | **ETOPOSIDUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 229 | **ETOPOSIDUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 230 | **ETOPOSIDUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 231 | **ETOPOSIDUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 232 | **ETOPOSIDUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 233 | **ETOPOSIDUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 234 | **ETOPOSIDUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 235 | **ETOPOSIDUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 236 | **ETOPOSIDUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 237 | **ETOPOSIDUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 238 | **ETOPOSIDUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 239 | **ETOPOSIDUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 240 | **ETOPOSIDUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 241 | **ETOPOSIDUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 242 | **ETOPOSIDUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 243 | **ETOPOSIDUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 244 | **ETOPOSIDUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 245 | **ETOPOSIDUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 246 | **ETOPOSIDUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 247 | **ETOPOSIDUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 248 | **ETOPOSIDUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 249 | **ETOPOSIDUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 250 | **ETOPOSIDUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 251 | **ETOPOSIDUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 252 | **ETOPOSIDUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 253 | **ETOPOSIDUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 254 | **ETOPOSIDUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 255 | **ETOPOSIDUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 256 | **ETOPOSIDUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 257 | **ETOPOSIDUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 258 | **ETOPOSIDUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 259 | **ETOPOSIDUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 260 | **ETOPOSIDUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 261 | **ETOPOSIDUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 262 | **ETOPOSIDUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 263 | **ETOPOSIDUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 264 | **ETOPOSIDUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 265 | **ETOPOSIDUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 266 | **ETOPOSIDUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 267 | **ETOPOSIDUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 268 | **ETOPOSIDUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 269 | **ETOPOSIDUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 270 | **ETOPOSIDUM** | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 271 | **ETOPOSIDUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 272 | **ETOPOSIDUM** | C60.0 | NAPLETEK |
| 273 | **ETOPOSIDUM** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 274 | **ETOPOSIDUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 275 | **ETOPOSIDUM** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 276 | **ETOPOSIDUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 277 | **ETOPOSIDUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 278 | **ETOPOSIDUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 279 | **ETOPOSIDUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 280 | **ETOPOSIDUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 281 | **ETOPOSIDUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 282 | **ETOPOSIDUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 283 | **ETOPOSIDUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 284 | **ETOPOSIDUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 285 | **ETOPOSIDUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 286 | **ETOPOSIDUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 287 | **ETOPOSIDUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 288 | **ETOPOSIDUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 289 | **ETOPOSIDUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 290 | **ETOPOSIDUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 291 | **ETOPOSIDUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 292 | **ETOPOSIDUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 293 | **ETOPOSIDUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 294 | **ETOPOSIDUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 295 | **ETOPOSIDUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 296 | **ETOPOSIDUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 297 | **ETOPOSIDUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 298 | **ETOPOSIDUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 299 | **ETOPOSIDUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 300 | **ETOPOSIDUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 301 | **ETOPOSIDUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302 | **ETOPOSIDUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 303 | **ETOPOSIDUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 304 | **ETOPOSIDUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 305 | **ETOPOSIDUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 306 | **ETOPOSIDUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 307 | **ETOPOSIDUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 308 | **ETOPOSIDUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 309 | **ETOPOSIDUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 310 | **ETOPOSIDUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 311 | **ETOPOSIDUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 312 | **ETOPOSIDUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 313 | **ETOPOSIDUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 314 | **ETOPOSIDUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 315 | **ETOPOSIDUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 316 | **ETOPOSIDUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 317 | **ETOPOSIDUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 318 | **ETOPOSIDUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 319 | **ETOPOSIDUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 320 | **ETOPOSIDUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 321 | **ETOPOSIDUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 322 | **ETOPOSIDUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 323 | **ETOPOSIDUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 324 | **ETOPOSIDUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 325 | **ETOPOSIDUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 326 | **ETOPOSIDUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 327 | **ETOPOSIDUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 328 | **ETOPOSIDUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 329 | **ETOPOSIDUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 330 | **ETOPOSIDUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 331 | **ETOPOSIDUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 332 | **ETOPOSIDUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 333 | **ETOPOSIDUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 334 | **ETOPOSIDUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 335 | **ETOPOSIDUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 336 | **ETOPOSIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 337 | **ETOPOSIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 338 | **ETOPOSIDUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 339 | **ETOPOSIDUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 340 | **ETOPOSIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 341 | **ETOPOSIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 342 | **ETOPOSIDUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 343 | **ETOPOSIDUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 344 | **ETOPOSIDUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 345 | **ETOPOSIDUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 346 | **ETOPOSIDUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 347 | **ETOPOSIDUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 348 | **ETOPOSIDUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 349 | **ETOPOSIDUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 350 | **ETOPOSIDUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 351 | **ETOPOSIDUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 352 | **ETOPOSIDUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 353 | **ETOPOSIDUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 354 | **ETOPOSIDUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 355 | **ETOPOSIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 356 | **ETOPOSIDUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 357 | **ETOPOSIDUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 358 | **ETOPOSIDUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 359 | **ETOPOSIDUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 360 | **ETOPOSIDUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 361 | **ETOPOSIDUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 362 | **ETOPOSIDUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 363 | **ETOPOSIDUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 364 | **ETOPOSIDUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 365 | **ETOPOSIDUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 366 | **ETOPOSIDUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 367 | **ETOPOSIDUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 368 | **ETOPOSIDUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 369 | **ETOPOSIDUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 370 | **ETOPOSIDUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 371 | **ETOPOSIDUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 372 | **ETOPOSIDUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 373 | **ETOPOSIDUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 374 | **ETOPOSIDUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 375 | **ETOPOSIDUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 376 | **ETOPOSIDUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 377 | **ETOPOSIDUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 378 | **ETOPOSIDUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 379 | **ETOPOSIDUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 380 | **ETOPOSIDUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 381 | **ETOPOSIDUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 382 | **ETOPOSIDUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 383 | **ETOPOSIDUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 384 | **ETOPOSIDUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 385 | **ETOPOSIDUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 386 | **ETOPOSIDUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 387 | **ETOPOSIDUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 388 | **ETOPOSIDUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 389 | **ETOPOSIDUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 390 | **ETOPOSIDUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 391 | **ETOPOSIDUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 392 | **ETOPOSIDUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 393 | **ETOPOSIDUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 394 | **ETOPOSIDUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 395 | **ETOPOSIDUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 396 | **ETOPOSIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 397 | **ETOPOSIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 398 | **ETOPOSIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 399 | **ETOPOSIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 400 | **ETOPOSIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 401 | **ETOPOSIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 402 | **ETOPOSIDUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 403 | **ETOPOSIDUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 404 | **ETOPOSIDUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 405 | **ETOPOSIDUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 406 | **ETOPOSIDUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 407 | **ETOPOSIDUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 408 | **ETOPOSIDUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 409 | **ETOPOSIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 410 | **ETOPOSIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 411 | **ETOPOSIDUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 412 | **ETOPOSIDUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 413 | **ETOPOSIDUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 414 | **ETOPOSIDUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 415 | **ETOPOSIDUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 416 | **ETOPOSIDUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 417 | **ETOPOSIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 418 | **ETOPOSIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 419 | **ETOPOSIDUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 420 | **ETOPOSIDUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 421 | **ETOPOSIDUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 422 | **ETOPOSIDUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 423 | **ETOPOSIDUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 424 | **ETOPOSIDUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 425 | **ETOPOSIDUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 426 | **ETOPOSIDUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 427 | **ETOPOSIDUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 428 | **ETOPOSIDUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 429 | **ETOPOSIDUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 430 | **ETOPOSIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 431 | **ETOPOSIDUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 432 | **ETOPOSIDUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 433 | **ETOPOSIDUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 434 | **ETOPOSIDUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 435 | **ETOPOSIDUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 436 | **ETOPOSIDUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 437 | **ETOPOSIDUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 438 | **ETOPOSIDUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 439 | **ETOPOSIDUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 440 | **ETOPOSIDUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 441 | **ETOPOSIDUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 442 | **ETOPOSIDUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 443 | **ETOPOSIDUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 444 | **ETOPOSIDUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 445 | **ETOPOSIDUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 446 | **ETOPOSIDUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 447 | **ETOPOSIDUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 448 | **ETOPOSIDUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 449 | **ETOPOSIDUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 450 | **ETOPOSIDUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 451 | **ETOPOSIDUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 452 | **ETOPOSIDUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 453 | **ETOPOSIDUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 454 | **ETOPOSIDUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 455 | **ETOPOSIDUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 456 | **ETOPOSIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 457 | **ETOPOSIDUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 458 | **ETOPOSIDUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 459 | **ETOPOSIDUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 460 | **ETOPOSIDUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 461 | **ETOPOSIDUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 462 | **ETOPOSIDUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 463 | **ETOPOSIDUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 464 | **ETOPOSIDUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 465 | **ETOPOSIDUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 466 | **ETOPOSIDUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 467 | **ETOPOSIDUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 468 | **ETOPOSIDUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 469 | **ETOPOSIDUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 470 | **ETOPOSIDUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 471 | **ETOPOSIDUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 472 | **ETOPOSIDUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 473 | **ETOPOSIDUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 474 | **ETOPOSIDUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 475 | **ETOPOSIDUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 476 | **ETOPOSIDUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 477 | **ETOPOSIDUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 478 | **ETOPOSIDUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 479 | **ETOPOSIDUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 480 | **ETOPOSIDUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 481 | **ETOPOSIDUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 482 | **ETOPOSIDUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 483 | **ETOPOSIDUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 484 | **ETOPOSIDUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 485 | **ETOPOSIDUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 486 | **ETOPOSIDUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 487 | **ETOPOSIDUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 488 | **ETOPOSIDUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 489 | **ETOPOSIDUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 490 | **ETOPOSIDUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 491 | **ETOPOSIDUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 492 | **ETOPOSIDUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 493 | **ETOPOSIDUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 494 | **ETOPOSIDUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 495 | **ETOPOSIDUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 496 | **ETOPOSIDUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 497 | **ETOPOSIDUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 498 | **ETOPOSIDUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 499 | **ETOPOSIDUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 500 | **ETOPOSIDUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 501 | **ETOPOSIDUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 502 | **ETOPOSIDUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 503 | **ETOPOSIDUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 504 | **ETOPOSIDUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 505 | **ETOPOSIDUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 506 | **ETOPOSIDUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 507 | **ETOPOSIDUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 508 | **ETOPOSIDUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 509 | **ETOPOSIDUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 510 | **ETOPOSIDUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 511 | **ETOPOSIDUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 512 | **ETOPOSIDUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 513 | **ETOPOSIDUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 514 | **ETOPOSIDUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 515 | **ETOPOSIDUM** | D07.1 | SROM |
| 516 | **ETOPOSIDUM** | D07.2 | POCHWA |
| 517 | **ETOPOSIDUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 518 | **ETOPOSIDUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 519 | **ETOPOSIDUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 520 | **ETOPOSIDUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 521 | **ETOPOSIDUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 522 | **ETOPOSIDUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 523 | **ETOPOSIDUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 524 | **ETOPOSIDUM** | D09.2 | OKO |
| 525 | **ETOPOSIDUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 526 | **ETOPOSIDUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 527 | **ETOPOSIDUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 528 | **ETOPOSIDUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 529 | **ETOPOSIDUM** | D10.0 | WARGA |
| 530 | **ETOPOSIDUM** | D10.1 | JĘZYK |
| 531 | **ETOPOSIDUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 532 | **ETOPOSIDUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 533 | **ETOPOSIDUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 534 | **ETOPOSIDUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 535 | **ETOPOSIDUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 536 | **ETOPOSIDUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 537 | **ETOPOSIDUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 538 | **ETOPOSIDUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 539 | **ETOPOSIDUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 540 | **ETOPOSIDUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 541 | **ETOPOSIDUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 542 | **ETOPOSIDUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 543 | **ETOPOSIDUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 544 | **ETOPOSIDUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 545 | **ETOPOSIDUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 546 | **ETOPOSIDUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 547 | **ETOPOSIDUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 548 | **ETOPOSIDUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 549 | **ETOPOSIDUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 550 | **ETOPOSIDUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 551 | **ETOPOSIDUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 552 | **ETOPOSIDUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 553 | **ETOPOSIDUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 554 | **ETOPOSIDUM** | D13.0 | PRZEŁYK |
| 555 | **ETOPOSIDUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 556 | **ETOPOSIDUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 557 | **ETOPOSIDUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 558 | **ETOPOSIDUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 559 | **ETOPOSIDUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 560 | **ETOPOSIDUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 561 | **ETOPOSIDUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 562 | **ETOPOSIDUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 563 | **ETOPOSIDUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 564 | **ETOPOSIDUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 565 | **ETOPOSIDUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 566 | **ETOPOSIDUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 567 | **ETOPOSIDUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 568 | **ETOPOSIDUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 569 | **ETOPOSIDUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 570 | **ETOPOSIDUM** | D15.0 | GRASICA |
| 571 | **ETOPOSIDUM** | D15.1 | SERCE |
| 572 | **ETOPOSIDUM** | D15.2 | ŚRÓDPIERSIE |
| 573 | **ETOPOSIDUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 574 | **ETOPOSIDUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 575 | **ETOPOSIDUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 576 | **ETOPOSIDUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 577 | **ETOPOSIDUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 578 | **ETOPOSIDUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 579 | **ETOPOSIDUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 580 | **ETOPOSIDUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 581 | **ETOPOSIDUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 582 | **ETOPOSIDUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 583 | **ETOPOSIDUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 584 | **ETOPOSIDUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 585 | **ETOPOSIDUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 586 | **ETOPOSIDUM** | D18 | NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 587 | **ETOPOSIDUM** | D18.0 | NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 588 | **ETOPOSIDUM** | D18.1 | NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 589 | **ETOPOSIDUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 590 | **ETOPOSIDUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 591 | **ETOPOSIDUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 592 | **ETOPOSIDUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 593 | **ETOPOSIDUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 594 | **ETOPOSIDUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 595 | **ETOPOSIDUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 596 | **ETOPOSIDUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 597 | **ETOPOSIDUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 598 | **ETOPOSIDUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 599 | **ETOPOSIDUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 600 | **ETOPOSIDUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 601 | **ETOPOSIDUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 602 | **ETOPOSIDUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 603 | **ETOPOSIDUM** | D28.0 | SROM |
| 604 | **ETOPOSIDUM** | D28.1 | POCHWA |
| 605 | **ETOPOSIDUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 606 | **ETOPOSIDUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 607 | **ETOPOSIDUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 608 | **ETOPOSIDUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 609 | **ETOPOSIDUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 610 | **ETOPOSIDUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 611 | **ETOPOSIDUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 612 | **ETOPOSIDUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 613 | **ETOPOSIDUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 614 | **ETOPOSIDUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 615 | **ETOPOSIDUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 616 | **ETOPOSIDUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 617 | **ETOPOSIDUM** | D30.0 | NERKA |
| 618 | **ETOPOSIDUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 619 | **ETOPOSIDUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 620 | **ETOPOSIDUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 621 | **ETOPOSIDUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 622 | **ETOPOSIDUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 623 | **ETOPOSIDUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 624 | **ETOPOSIDUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 625 | **ETOPOSIDUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 626 | **ETOPOSIDUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 627 | **ETOPOSIDUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 628 | **ETOPOSIDUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 629 | **ETOPOSIDUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 630 | **ETOPOSIDUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 631 | **ETOPOSIDUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 632 | **ETOPOSIDUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 633 | **ETOPOSIDUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 634 | **ETOPOSIDUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 635 | **ETOPOSIDUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 636 | **ETOPOSIDUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 637 | **ETOPOSIDUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 638 | **ETOPOSIDUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 639 | **ETOPOSIDUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 640 | **ETOPOSIDUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 641 | **ETOPOSIDUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 642 | **ETOPOSIDUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 643 | **ETOPOSIDUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 644 | **ETOPOSIDUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 645 | **ETOPOSIDUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 646 | **ETOPOSIDUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 647 | **ETOPOSIDUM** | D35.0 | NADNERCZA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 648 | **ETOPOSIDUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 649 | **ETOPOSIDUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 650 | **ETOPOSIDUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 651 | **ETOPOSIDUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 652 | **ETOPOSIDUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 653 | **ETOPOSIDUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 654 | **ETOPOSIDUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 655 | **ETOPOSIDUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 656 | **ETOPOSIDUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 657 | **ETOPOSIDUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 658 | **ETOPOSIDUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 659 | **ETOPOSIDUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 660 | **ETOPOSIDUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 661 | **ETOPOSIDUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 662 | **ETOPOSIDUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 663 | **ETOPOSIDUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 664 | **ETOPOSIDUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 665 | **ETOPOSIDUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 666 | **ETOPOSIDUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 667 | **ETOPOSIDUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 668 | **ETOPOSIDUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 669 | **ETOPOSIDUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 670 | **ETOPOSIDUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 671 | **ETOPOSIDUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 672 | **ETOPOSIDUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 673 | **ETOPOSIDUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 674 | **ETOPOSIDUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 675 | **ETOPOSIDUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 676 | **ETOPOSIDUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 677 | **ETOPOSIDUM** | D38.4 | GRASICA |
| 678 | **ETOPOSIDUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 679 | **ETOPOSIDUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 680 | **ETOPOSIDUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 681 | **ETOPOSIDUM** | D39.0 | MACICA |
| 682 | **ETOPOSIDUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 683 | **ETOPOSIDUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 684 | **ETOPOSIDUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 685 | **ETOPOSIDUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 686 | **ETOPOSIDUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 687 | **ETOPOSIDUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 688 | **ETOPOSIDUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 689 | **ETOPOSIDUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 690 | **ETOPOSIDUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 691 | **ETOPOSIDUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 692 | **ETOPOSIDUM** | D41.0 | NERKA |
| 693 | **ETOPOSIDUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 694 | **ETOPOSIDUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 695 | **ETOPOSIDUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 696 | **ETOPOSIDUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 697 | **ETOPOSIDUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 698 | **ETOPOSIDUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 699 | **ETOPOSIDUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 700 | **ETOPOSIDUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 701 | **ETOPOSIDUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 702 | **ETOPOSIDUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 703 | **ETOPOSIDUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 704 | **ETOPOSIDUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 705 | **ETOPOSIDUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 706 | **ETOPOSIDUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 707 | **ETOPOSIDUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 708 | **ETOPOSIDUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 709 | **ETOPOSIDUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 710 | **ETOPOSIDUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 711 | **ETOPOSIDUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 712 | **ETOPOSIDUM** | D44.0 | TARCZYCA |
| 713 | **ETOPOSIDUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 714 | **ETOPOSIDUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 715 | **ETOPOSIDUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 716 | **ETOPOSIDUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 717 | **ETOPOSIDUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 718 | **ETOPOSIDUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 719 | **ETOPOSIDUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 720 | **ETOPOSIDUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 721 | **ETOPOSIDUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 722 | **ETOPOSIDUM** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA |
| 723 | **ETOPOSIDUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 724 | **ETOPOSIDUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 725 | **ETOPOSIDUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 726 | **ETOPOSIDUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 727 | **ETOPOSIDUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 728 | **ETOPOSIDUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 729 | **ETOPOSIDUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 730 | **ETOPOSIDUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 731 | **ETOPOSIDUM** | D47 | INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 732 | **ETOPOSIDUM** | D47.0 | GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE |
| 733 | **ETOPOSIDUM** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |
| 734 | **ETOPOSIDUM** | D47.2 | GAMMOPATIA MONOKLONALNA |
| 735 | **ETOPOSIDUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 736 | **ETOPOSIDUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 737 | **ETOPOSIDUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 738 | **ETOPOSIDUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 739 | **ETOPOSIDUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 740 | **ETOPOSIDUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 741 | **ETOPOSIDUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 742 | **ETOPOSIDUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 743 | **ETOPOSIDUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 744 | **ETOPOSIDUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 745 | **ETOPOSIDUM** | D48.6 | SUTEK |
| 746 | **ETOPOSIDUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 747 | **ETOPOSIDUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 748 | **ETOPOSIDUM** | D63.0 | NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□) |
| 749 | **ETOPOSIDUM** | D63.8 | NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHORÓB PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ |
| 750 | **ETOPOSIDUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 751 | **ETOPOSIDUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 752 | **ETOPOSIDUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 753 | **ETOPOSIDUM** | D81.9 | ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE |
| 754 | **ETOPOSIDUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 755 | **ETOPOSIDUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 756 | **ETOPOSIDUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 757 | **ETOPOSIDUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 758 | **ETOPOSIDUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 759 | **ETOPOSIDUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 760 | **ETOPOSIDUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 761 | **ETOPOSIDUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.25.

**FLUDARABINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **FLUDARABINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 2 | **FLUDARABINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 3 | **FLUDARABINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 4 | **FLUDARABINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 5 | **FLUDARABINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 6 | **FLUDARABINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 7 | **FLUDARABINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | **FLUDARABINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 9 | **FLUDARABINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 10 | **FLUDARABINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 11 | **FLUDARABINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 12 | **FLUDARABINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 13 | **FLUDARABINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 14 | **FLUDARABINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 15 | **FLUDARABINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 16 | **FLUDARABINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 17 | **FLUDARABINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 18 | **FLUDARABINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19 | **FLUDARABINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 20 | **FLUDARABINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 21 | **FLUDARABINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 22 | **FLUDARABINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 23 | **FLUDARABINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 24 | **FLUDARABINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 25 | **FLUDARABINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 26 | **FLUDARABINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 27 | **FLUDARABINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 28 | **FLUDARABINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 29 | **FLUDARABINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 30 | **FLUDARABINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 31 | **FLUDARABINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 32 | **FLUDARABINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 33 | **FLUDARABINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 34 | **FLUDARABINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 35 | **FLUDARABINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 36 | **FLUDARABINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 37 | **FLUDARABINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 38 | **FLUDARABINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 39 | **FLUDARABINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 40 | **FLUDARABINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 41 | **FLUDARABINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 42 | **FLUDARABINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **FLUDARABINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 44 | **FLUDARABINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 45 | **FLUDARABINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 46 | **FLUDARABINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 47 | **FLUDARABINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 48 | **FLUDARABINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 49 | **FLUDARABINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 50 | **FLUDARABINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 51 | **FLUDARABINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 52 | **FLUDARABINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 53 | **FLUDARABINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54 | **FLUDARABINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 55 | **FLUDARABINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 56 | **FLUDARABINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 57 | **FLUDARABINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 58 | **FLUDARABINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 59 | **FLUDARABINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 60 | **FLUDARABINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 61 | **FLUDARABINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 62 | **FLUDARABINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 63 | **FLUDARABINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 64 | **FLUDARABINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 65 | **FLUDARABINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 66 | **FLUDARABINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **FLUDARABINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 68 | **FLUDARABINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 69 | **FLUDARABINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 70 | **FLUDARABINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 71 | **FLUDARABINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 72 | **FLUDARABINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 73 | **FLUDARABINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 74 | **FLUDARABINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 75 | **FLUDARABINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 76 | **FLUDARABINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 77 | **FLUDARABINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 78 | **FLUDARABINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 79 | **FLUDARABINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 80 | **FLUDARABINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 81 | **FLUDARABINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 82 | **FLUDARABINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 83 | **FLUDARABINUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 84 | **FLUDARABINUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 85 | **FLUDARABINUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 86 | **FLUDARABINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 87 | **FLUDARABINUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 88 | **FLUDARABINUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 89 | **FLUDARABINUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **FLUDARABINUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.26.

**FLUOROURACILUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **FLUOROURACILUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **FLUOROURACILUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **FLUOROURACILUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **FLUOROURACILUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **FLUOROURACILUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **FLUOROURACILUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **FLUOROURACILUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **FLUOROURACILUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **FLUOROURACILUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **FLUOROURACILUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **FLUOROURACILUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **FLUOROURACILUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **FLUOROURACILUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **FLUOROURACILUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **FLUOROURACILUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **FLUOROURACILUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **FLUOROURACILUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **FLUOROURACILUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **FLUOROURACILUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20 | **FLUOROURACILUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21 | **FLUOROURACILUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **FLUOROURACILUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **FLUOROURACILUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **FLUOROURACILUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **FLUOROURACILUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **FLUOROURACILUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **FLUOROURACILUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **FLUOROURACILUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **FLUOROURACILUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **FLUOROURACILUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **FLUOROURACILUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **FLUOROURACILUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **FLUOROURACILUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **FLUOROURACILUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **FLUOROURACILUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **FLUOROURACILUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **FLUOROURACILUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **FLUOROURACILUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **FLUOROURACILUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **FLUOROURACILUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **FLUOROURACILUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **FLUOROURACILUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **FLUORO URACILUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **FLUORO URACILUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **FLUORO URACILUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **FLUORO URACILUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **FLUORO URACILUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **FLUORO URACILUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **FLUORO URACILUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **FLUORO URACILUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **FLUORO URACILUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **FLUORO URACILUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **FLUORO URACILUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **FLUORO URACILUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **FLUORO URACILUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **FLUORO URACILUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **FLUORO URACILUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **FLUORO URACILUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **FLUORO URACILUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **FLUORO URACILUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **FLUORO URACILUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **FLUORO URACILUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **FLUORO URACILUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **FLUORO URACILUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **FLUORO URACILUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **FLUORO URACILUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **FLUORO URACILUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **FLUORO URACILUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **FLUORO URACILUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **FLUORO URACILUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU 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 PRZEŁYKU |
| 79 | **FLUORO URACILUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 80 | **FLUORO URACILUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 81 | **FLUORO URACILUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 82 | **FLUORO URACILUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 83 | **FLUORO URACILUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 84 | **FLUORO URACILUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 85 | **FLUORO URACILUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 86 | **FLUORO URACILUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 87 | **FLUORO URACILUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 88 | **FLUORO URACILUM** | C16.0 | WPUST |
| 89 | **FLUORO URACILUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **FLUOROURACILUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 91 | **FLUOROURACILUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 92 | **FLUOROURACILUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 93 | **FLUOROURACILUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 94 | **FLUOROURACILUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 95 | **FLUOROURACILUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 96 | **FLUOROURACILUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 97 | **FLUOROURACILUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 98 | **FLUOROURACILUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 99 | **FLUOROURACILUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 100 | **FLUOROURACILUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 101 | **FLUOROURACILUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 102 | **FLUOROURACILUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 103 | **FLUOROURACILUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 104 | **FLUOROURACILUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 105 | **FLUOROURACILUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 106 | **FLUOROURACILUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 107 | **FLUOROURACILUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 108 | **FLUOROURACILUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 109 | **FLUOROURACILUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 110 | **FLUOROURACILUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 111 | **FLUOROURACILUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 112 | **FLUOROURACILUM** | C18.7 | ESICA |
| 113 | **FLUOROURACILUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114 | **FLUORO URACILUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 115 | **FLUORO URACILUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 116 | **FLUORO URACILUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 117 | **FLUORO URACILUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 118 | **FLUORO URACILUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 119 | **FLUORO URACILUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 120 | **FLUORO URACILUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 121 | **FLUORO URACILUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 122 | **FLUORO URACILUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 123 | **FLUORO URACILUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 124 | **FLUORO URACILUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 125 | **FLUORO URACILUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 126 | **FLUORO URACILUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 127 | **FLUORO URACILUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 128 | **FLUORO URACILUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 129 | **FLUORO URACILUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 130 | **FLUORO URACILUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 131 | **FLUORO URACILUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 132 | **FLUORO URACILUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 133 | **FLUORO URACILUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 134 | **FLUORO URACILUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 135 | **FLUORO URACILUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 136 | **FLUORO URACILUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 137 | **FLUOROURACILUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 138 | **FLUOROURACILUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 139 | **FLUOROURACILUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 140 | **FLUOROURACILUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 141 | **FLUOROURACILUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 142 | **FLUOROURACILUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 143 | **FLUOROURACILUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 144 | **FLUOROURACILUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 145 | **FLUOROURACILUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 146 | **FLUOROURACILUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 147 | **FLUOROURACILUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 148 | **FLUOROURACILUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 149 | **FLUOROURACILUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 150 | **FLUOROURACILUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 151 | **FLUOROURACILUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 152 | **FLUOROURACILUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 153 | **FLUOROURACILUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 154 | **FLUOROURACILUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 155 | **FLUOROURACILUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 156 | **FLUOROURACILUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 157 | **FLUOROURACILUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 158 | **FLUOROURACILUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 159 | **FLUOROURACILUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 160 | **FLUOROURACILUM** | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 161 | **FLUOROURACILUM** | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 162 | **FLUOROURACILUM** | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 163 | **FLUOROURACILUM** | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 164 | **FLUOROURACILUM** | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 165 | **FLUOROURACILUM** | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 166 | **FLUOROURACILUM** | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 167 | **FLUOROURACILUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 168 | **FLUOROURACILUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 169 | **FLUOROURACILUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 170 | **FLUOROURACILUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 171 | **FLUOROURACILUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 172 | **FLUOROURACILUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 173 | **FLUOROURACILUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 174 | **FLUOROURACILUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 175 | **FLUOROURACILUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 176 | **FLUOROURACILUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 177 | **FLUOROURACILUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 178 | **FLUOROURACILUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 179 | **FLUOROURACILUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 180 | **FLUOROURACILUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 181 | **FLUOROURACILUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 182 | **FLUOROURACILUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 183 | **FLUOROURACILUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 184 | **FLUOROURACILUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 185 | **FLUORO URACILUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 186 | **FLUORO URACILUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 187 | **FLUORO URACILUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 188 | **FLUORO URACILUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 189 | **FLUORO URACILUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 190 | **FLUORO URACILUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 191 | **FLUORO URACILUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 192 | **FLUORO URACILUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 193 | **FLUORO URACILUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 194 | **FLUORO URACILUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 195 | **FLUORO URACILUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 196 | **FLUORO URACILUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 197 | **FLUORO URACILUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 198 | **FLUORO URACILUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 199 | **FLUORO URACILUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 200 | **FLUORO URACILUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 201 | **FLUORO URACILUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 202 | **FLUORO URACILUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 203 | **FLUORO URACILUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 204 | **FLUORO URACILUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 205 | **FLUORO URACILUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 206 | **FLUORO URACILUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 207 | **FLUORO URACILUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 208 | **FLUORO URACILUM** | C60.0 | NAPLETEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 209 | **FLUOROURACILUM** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 210 | **FLUOROURACILUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 211 | **FLUOROURACILUM** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 212 | **FLUOROURACILUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 213 | **FLUOROURACILUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 214 | **FLUOROURACILUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 215 | **FLUOROURACILUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 216 | **FLUOROURACILUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 217 | **FLUOROURACILUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 218 | **FLUOROURACILUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 219 | **FLUOROURACILUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 220 | **FLUOROURACILUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 221 | **FLUOROURACILUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 222 | **FLUOROURACILUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 223 | **FLUOROURACILUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 224 | **FLUOROURACILUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 225 | **FLUOROURACILUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 226 | **FLUOROURACILUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 227 | **FLUOROURACILUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 228 | **FLUOROURACILUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 229 | **FLUOROURACILUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 230 | **FLUOROURACILUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 231 | **FLUOROURACILUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 232 | **FLUOROURACILUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 233 | **FLUOROURACILUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 234 | **FLUOROURACILUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 235 | **FLUOROURACILUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 236 | **FLUOROURACILUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 237 | **FLUOROURACILUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 238 | **FLUOROURACILUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 239 | **FLUOROURACILUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 240 | **FLUOROURACILUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 241 | **FLUOROURACILUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 242 | **FLUOROURACILUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 243 | **FLUOROURACILUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 244 | **FLUOROURACILUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 245 | **FLUOROURACILUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 246 | **FLUOROURACILUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 247 | **FLUOROURACILUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 248 | **FLUOROURACILUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 249 | **FLUOROURACILUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 250 | **FLUOROURACILUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 251 | **FLUOROURACILUM** | D48.6 | SUTEK |
| 252 | **FLUOROURACILUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 253 | **FLUOROURACILUM** | 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.

## GEMCYTABINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **GEMCYTABINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 2 | **GEMCYTABINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 3 | **GEMCYTABINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 4 | **GEMCYTABINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 5 | **GEMCYTABINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 6 | **GEMCYTABINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 7 | **GEMCYTABINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | **GEMCYTABINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 9 | **GEMCYTABINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 10 | **GEMCYTABINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 11 | **GEMCYTABINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 12 | **GEMCYTABINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 13 | **GEMCYTABINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 14 | **GEMCYTABINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 15 | **GEMCYTABINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 16 | **GEMCYTABINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 17 | **GEMCYTABINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 18 | **GEMCYTABINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 19 | **GEMCYTABINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 20 | **GEMCYTABINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 21 | **GEMCYTABINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 22 | **GEMCYTABINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 23 | **GEMCYTABINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 24 | **GEMCYTABINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 25 | **GEMCYTABINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 26 | **GEMCYTABINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 27 | **GEMCYTABINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 28 | **GEMCYTABINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 29 | **GEMCYTABINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 30 | **GEMCYTABINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 31 | **GEMCYTABINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 32 | **GEMCYTABINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 33 | **GEMCYTABINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 34 | **GEMCYTABINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 35 | **GEMCYTABINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 36 | **GEMCYTABINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 37 | **GEMCYTABINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 38 | **GEMCYTABINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 39 | **GEMCYTABINUM** | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 40 | **GEMCYTABINUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 41 | **GEMCYTABINUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 42 | **GEMCYTABINUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 43 | **GEMCYTABINUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 44 | **GEMCYTABINUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 45 | **GEMCYTABINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 46 | **GEMCYTABINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 47 | **GEMCYTABINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 48 | **GEMCYTABINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 49 | **GEMCYTABINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 50 | **GEMCYTABINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 51 | **GEMCYTABINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 52 | **GEMCYTABINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 53 | **GEMCYTABINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 54 | **GEMCYTABINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 55 | **GEMCYTABINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 56 | **GEMCYTABINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 57 | **GEMCYTABINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 58 | **GEMCYTABINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 59 | **GEMCYTABINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 60 | **GEMCYTABINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 61 | **GEMCYTABINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 62 | **GEMCYTABINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 63 | **GEMCYTABINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 64 | **GEMCYTABINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 65 | **GEMCYTABINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 66 | **GEMCYTABINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 67 | **GEMCYTABINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 68 | **GEMCYTABINUM** | C54.1 | BŁONA SLUZOWA MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 69 | **GEMCYTABINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 70 | **GEMCYTABINUM** | C54.3 | DNO MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 71 | **GEMCYTABINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 72 | **GEMCYTABINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKRESLONE<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 73 | **GEMCYTABINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 74 | **GEMCYTABINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 75 | **GEMCYTABINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 76 | **GEMCYTABINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 77 | **GEMCYTABINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 78 | **GEMCYTABINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 79 | **GEMCYTABINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 80 | **GEMCYTABINUM** | C57.7 | INNE OKRESLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 81 | **GEMCYTABINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 82 | **GEMCYTABINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 83 | **GEMCYTABINUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 84 | **GEMCYTABINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 85 | **GEMCYTABINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 86 | **GEMCYTABINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 87 | **GEMCYTABINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 88 | **GEMCYTABINUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*w przypadku:*<br>*nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym* |
| 89 | **GEMCYTABINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*w przypadku:*<br>*nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym* |
| 90 | **GEMCYTABINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 91 | **GEMCYTABINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 92 | **GEMCYTABINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 93 | **GEMCYTABINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 94 | **GEMCYTABINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 95 | **GEMCYTABINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 96 | **GEMCYTABINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 97 | **GEMCYTABINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 98 | **GEMCYTABINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 99 | **GEMCYTABINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 100 | **GEMCYTABINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 101 | **GEMCYTABINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 102 | **GEMCYTABINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 103 | **GEMCYTABINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 104 | **GEMCYTABINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 105 | **GEMCYTABINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 106 | **GEMCYTABINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 107 | **GEMCYTABINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 108 | **GEMCYTABINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 109 | **GEMCYTABINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 110 | **GEMCYTABINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 111 | **GEMCYTABINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 112 | **GEMCYTABINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 113 | **GEMCYTABINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 114 | **GEMCYTABINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 115 | **GEMCYTABINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTOW<br>w przypadku:<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 116 | **GEMCYTABINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 117 | **GEMCYTABINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 118 | **GEMCYTABINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 119 | **GEMCYTABINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 120 | **GEMCYTABINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | GUZKOWY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 121 | **GEMCYTABINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 122 | **GEMCYTABINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 123 | **GEMCYTABINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 124 | **GEMCYTABINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 125 | **GEMCYTABINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 126 | **GEMCYTABINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 127 | **GEMCYTABINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 128 | **GEMCYTABINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 129 | **GEMCYTABINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 130 | **GEMCYTABINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | *w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 131 | **GEMCYTABINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 132 | **GEMCYTABINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 133 | **GEMCYTABINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 134 | **GEMCYTABINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 135 | **GEMCYTABINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 136 | **GEMCYTABINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 137 | **GEMCYTABINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 138 | **GEMCYTABINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 139 | **GEMCYTABINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 140 | **GEMCYTABINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 141 | **GEMCYTABINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 142 | **GEMCYTABINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 143 | **GEMCYTABINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 144 | **GEMCYTABINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 145 | **GEMCYTABINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 146 | **GEMCYTABINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |

Załącznik C.29.

## HYDROXYCARBAMIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 2 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 3 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 4 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 5 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 6 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 7 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 8 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 9 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 10 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 11 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 12 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 13 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 14 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 15 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 16 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 17 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 18 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 19 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 21 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 22 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 23 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 24 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 25 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 26 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 27 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 28 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 29 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 30 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 31 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 32 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 33 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 34 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 35 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 36 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 37 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 38 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 39 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 40 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 41 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 42 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 43 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 44 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 45 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 46 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 47 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 48 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 49 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 50 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 51 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 52 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 53 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 54 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 55 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 56 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 57 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 58 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 59 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 60 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 61 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 62 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 63 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 64 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 65 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 66 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 67 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 68 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 69 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 70 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 71 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 72 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA |
| 73 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 74 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 75 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 76 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 77 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 78 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 79 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 80 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 81 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |
| 82 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57 | ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ |
| 83 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.0 | NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM |
| 84 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.1 | NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU |
| 85 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.2 | PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ |
| 86 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.3 | CECHA SERPOWATOKRWINKOWOŚCI |
| 87 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.8 | INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI |
| 88 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA |
| 89 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 90 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 91 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |

Załącznik C.30.

## IDARUBICIN

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **IDARUBICIN** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 2 | **IDARUBICIN** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 3 | **IDARUBICIN** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 4 | **IDARUBICIN** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 5 | **IDARUBICIN** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 6 | **IDARUBICIN** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 7 | **IDARUBICIN** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 8 | **IDARUBICIN** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 9 | **IDARUBICIN** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 10 | **IDARUBICIN** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 11 | **IDARUBICIN** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 12 | **IDARUBICIN** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 13 | **IDARUBICIN** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 14 | **IDARUBICIN** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 15 | **IDARUBICIN** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 16 | **IDARUBICIN** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 17 | **IDARUBICIN** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 18 | **IDARUBICIN** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19 | **IDARUBICIN** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 20 | **IDARUBICIN** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 21 | **IDARUBICIN** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 22 | **IDARUBICIN** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 23 | **IDARUBICIN** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 24 | **IDARUBICIN** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 25 | **IDARUBICIN** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 26 | **IDARUBICIN** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 27 | **IDARUBICIN** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 28 | **IDARUBICIN** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 29 | **IDARUBICIN** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 30 | **IDARUBICIN** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 31 | **IDARUBICIN** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 32 | **IDARUBICIN** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 33 | **IDARUBICIN** | C76.2 | BRZUCH |
| 34 | **IDARUBICIN** | C76.3 | MIEDNICA |
| 35 | **IDARUBICIN** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 36 | **IDARUBICIN** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 37 | **IDARUBICIN** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 38 | **IDARUBICIN** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 39 | **IDARUBICIN** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 40 | **IDARUBICIN** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 41 | **IDARUBICIN** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 42 | **IDARUBICIN** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 43 | **IDARUBICIN** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 44 | **IDARUBICIN** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 45 | **IDARUBICIN** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 46 | **IDARUBICIN** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 47 | **IDARUBICIN** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 48 | **IDARUBICIN** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 49 | **IDARUBICIN** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 50 | **IDARUBICIN** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 51 | **IDARUBICIN** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 52 | **IDARUBICIN** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 53 | **IDARUBICIN** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54 | **IDARUBICIN** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 55 | **IDARUBICIN** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 56 | **IDARUBICIN** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 57 | **IDARUBICIN** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 58 | **IDARUBICIN** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 59 | **IDARUBICIN** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 60 | **IDARUBICIN** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 61 | **IDARUBICIN** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 62 | **IDARUBICIN** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 63 | **IDARUBICIN** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 64 | **IDARUBICIN** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 65 | **IDARUBICIN** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 66 | **IDARUBICIN** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 67 | **IDARUBICIN** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 68 | **IDARUBICIN** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 69 | **IDARUBICIN** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 70 | **IDARUBICIN** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 71 | **IDARUBICIN** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 72 | **IDARUBICIN** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 73 | **IDARUBICIN** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 74 | **IDARUBICIN** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 75 | **IDARUBICIN** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 76 | **IDARUBICIN** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 77 | **IDARUBICIN** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 78 | **IDARUBICIN** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 79 | **IDARUBICIN** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 80 | **IDARUBICIN** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 81 | **IDARUBICIN** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 82 | **IDARUBICIN** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 83 | **IDARUBICIN** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 84 | **IDARUBICIN** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 85 | **IDARUBICIN** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 86 | **IDARUBICIN** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 87 | **IDARUBICIN** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 88 | **IDARUBICIN** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 89 | **IDARUBICIN** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 90 | **IDARUBICIN** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 91 | **IDARUBICIN** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 92 | **IDARUBICIN** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 93 | **IDARUBICIN** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 94 | **IDARUBICIN** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 95 | **IDARUBICIN** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 96 | **IDARUBICIN** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.31.

**IFOSFAMIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **IFOSFAMIDUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **IFOSFAMIDUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **IFOSFAMIDUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **IFOSFAMIDUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **IFOSFAMIDUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **IFOSFAMIDUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **IFOSFAMIDUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **IFOSFAMIDUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **IFOSFAMIDUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **IFOSFAMIDUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **IFOSFAMIDUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **IFOSFAMIDUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **IFOSFAMIDUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **IFOSFAMIDUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **IFOSFAMIDUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **IFOSFAMIDUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **IFOSFAMIDUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **IFOSFAMIDUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **IFOSFAMIDUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20 | **IFOSFAMIDUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21 | **IFOSFAMIDUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **IFOSFAMIDUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **IFOSFAMIDUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **IFOSFAMIDUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **IFOSFAMIDUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **IFOSFAMIDUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **IFOSFAMIDUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **IFOSFAMIDUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **IFOSFAMIDUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **IFOSFAMIDUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **IFOSFAMIDUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **IFOSFAMIDUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **IFOSFAMIDUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **IFOSFAMIDUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **IFOSFAMIDUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **IFOSFAMIDUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **IFOSFAMIDUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **IFOSFAMIDUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **IFOSFAMIDUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **IFOSFAMIDUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **IFOSFAMIDUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **IFOSFAMIDUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43 | **IFOSFAMIDUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **IFOSFAMIDUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **IFOSFAMIDUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 46 | **IFOSFAMIDUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **IFOSFAMIDUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **IFOSFAMIDUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **IFOSFAMIDUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **IFOSFAMIDUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **IFOSFAMIDUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **IFOSFAMIDUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **IFOSFAMIDUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **IFOSFAMIDUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **IFOSFAMIDUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **IFOSFAMIDUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **IFOSFAMIDUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **IFOSFAMIDUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **IFOSFAMIDUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **IFOSFAMIDUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **IFOSFAMIDUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **IFOSFAMIDUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **IFOSFAMIDUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **IFOSFAMIDUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **IFOSFAMIDUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **IFOSFAMIDUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67 | **IFOSFAMIDUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **IFOSFAMIDUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **IFOSFAMIDUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **IFOSFAMIDUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 71 | **IFOSFAMIDUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **IFOSFAMIDUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **IFOSFAMIDUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **IFOSFAMIDUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **IFOSFAMIDUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **IFOSFAMIDUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **IFOSFAMIDUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **IFOSFAMIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | **IFOSFAMIDUM** | C16.0 | WPUST |
| 80 | **IFOSFAMIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | **IFOSFAMIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | **IFOSFAMIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | **IFOSFAMIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | **IFOSFAMIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | **IFOSFAMIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | **IFOSFAMIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | **IFOSFAMIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | **IFOSFAMIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89 | **IFOSFAMIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 90 | **IFOSFAMIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91 | **IFOSFAMIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92 | **IFOSFAMIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 93 | **IFOSFAMIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94 | **IFOSFAMIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95 | **IFOSFAMIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 96 | **IFOSFAMIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97 | **IFOSFAMIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98 | **IFOSFAMIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99 | **IFOSFAMIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100 | **IFOSFAMIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101 | **IFOSFAMIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102 | **IFOSFAMIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103 | **IFOSFAMIDUM** | C18.7 | ESICA |
| 104 | **IFOSFAMIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105 | **IFOSFAMIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106 | **IFOSFAMIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107 | **IFOSFAMIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108 | **IFOSFAMIDUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | **IFOSFAMIDUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | **IFOSFAMIDUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | **IFOSFAMIDUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | **IFOSFAMIDUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | **IFOSFAMIDUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 114 | **IFOSFAMIDUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | **IFOSFAMIDUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116 | **IFOSFAMIDUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117 | **IFOSFAMIDUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118 | **IFOSFAMIDUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119 | **IFOSFAMIDUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120 | **IFOSFAMIDUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 121 | **IFOSFAMIDUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 122 | **IFOSFAMIDUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 123 | **IFOSFAMIDUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 124 | **IFOSFAMIDUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125 | **IFOSFAMIDUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 126 | **IFOSFAMIDUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127 | **IFOSFAMIDUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128 | **IFOSFAMIDUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129 | **IFOSFAMIDUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 130 | **IFOSFAMIDUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131 | **IFOSFAMIDUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132 | **IFOSFAMIDUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133 | **IFOSFAMIDUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134 | **IFOSFAMIDUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135 | **IFOSFAMIDUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136 | **IFOSFAMIDUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 137 | **IFOSFAMIDUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138 | **IFOSFAMIDUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139 | **IFOSFAMIDUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140 | **IFOSFAMIDUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA |
| 141 | **IFOSFAMIDUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142 | **IFOSFAMIDUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143 | **IFOSFAMIDUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144 | **IFOSFAMIDUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145 | **IFOSFAMIDUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 146 | **IFOSFAMIDUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147 | **IFOSFAMIDUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148 | **IFOSFAMIDUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149 | **IFOSFAMIDUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150 | **IFOSFAMIDUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151 | **IFOSFAMIDUM** | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |
| 152 | **IFOSFAMIDUM** | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 153 | **IFOSFAMIDUM** | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 154 | **IFOSFAMIDUM** | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 155 | **IFOSFAMIDUM** | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 156 | **IFOSFAMIDUM** | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 157 | **IFOSFAMIDUM** | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 158 | **IFOSFAMIDUM** | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |
| 159 | **IFOSFAMIDUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 160 | **IFOSFAMIDUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 161 | **IFOSFAMIDUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 162 | **IFOSFAMIDUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 163 | **IFOSFAMIDUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 164 | **IFOSFAMIDUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 165 | **IFOSFAMIDUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 166 | **IFOSFAMIDUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 167 | **IFOSFAMIDUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 168 | **IFOSFAMIDUM** | C38.0 | SERCE |
| 169 | **IFOSFAMIDUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 170 | **IFOSFAMIDUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 171 | **IFOSFAMIDUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 172 | **IFOSFAMIDUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 173 | **IFOSFAMIDUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 174 | **IFOSFAMIDUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 175 | **IFOSFAMIDUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 176 | **IFOSFAMIDUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 177 | **IFOSFAMIDUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 178 | **IFOSFAMIDUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 179 | **IFOSFAMIDUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 180 | **IFOSFAMIDUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 181 | **IFOSFAMIDUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 182 | **IFOSFAMIDUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 183 | **IFOSFAMIDUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 184 | **IFOSFAMIDUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 185 | **IFOSFAMIDUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 186 | **IFOSFAMIDUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 187 | **IFOSFAMIDUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 188 | **IFOSFAMIDUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 189 | **IFOSFAMIDUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 190 | **IFOSFAMIDUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 191 | **IFOSFAMIDUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 192 | **IFOSFAMIDUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 193 | **IFOSFAMIDUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 194 | **IFOSFAMIDUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 195 | **IFOSFAMIDUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 196 | **IFOSFAMIDUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 197 | **IFOSFAMIDUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 198 | **IFOSFAMIDUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 199 | **IFOSFAMIDUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 200 | **IFOSFAMIDUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 201 | **IFOSFAMIDUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 202 | **IFOSFAMIDUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 203 | **IFOSFAMIDUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 204 | **IFOSFAMIDUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 205 | **IFOSFAMIDUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 206 | **IFOSFAMIDUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 207 | **IFOSFAMIDUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |
| 208 | **IFOSFAMIDUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 209 | **IFOSFAMIDUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 210 | **IFOSFAMIDUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 211 | **IFOSFAMIDUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY |
| 212 | **IFOSFAMIDUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 213 | **IFOSFAMIDUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 214 | **IFOSFAMIDUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 215 | **IFOSFAMIDUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 216 | **IFOSFAMIDUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 217 | **IFOSFAMIDUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 218 | **IFOSFAMIDUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 219 | **IFOSFAMIDUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 220 | **IFOSFAMIDUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 221 | **IFOSFAMIDUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 222 | **IFOSFAMIDUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 223 | **IFOSFAMIDUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 224 | **IFOSFAMIDUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 225 | **IFOSFAMIDUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 226 | **IFOSFAMIDUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 227 | **IFOSFAMIDUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 228 | **IFOSFAMIDUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 229 | **IFOSFAMIDUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 230 | **IFOSFAMIDUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 231 | **IFOSFAMIDUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 232 | **IFOSFAMIDUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 233 | **IFOSFAMIDUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 234 | **IFOSFAMIDUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 235 | **IFOSFAMIDUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 236 | **IFOSFAMIDUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 237 | **IFOSFAMIDUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 238 | **IFOSFAMIDUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 239 | **IFOSFAMIDUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 240 | **IFOSFAMIDUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 241 | **IFOSFAMIDUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 242 | **IFOSFAMIDUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 243 | **IFOSFAMIDUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 244 | **IFOSFAMIDUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 245 | **IFOSFAMIDUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 246 | **IFOSFAMIDUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 247 | **IFOSFAMIDUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 248 | **IFOSFAMIDUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 249 | **IFOSFAMIDUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 250 | **IFOSFAMIDUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 251 | **IFOSFAMIDUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 252 | **IFOSFAMIDUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 253 | **IFOSFAMIDUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 254 | **IFOSFAMIDUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 255 | **IFOSFAMIDUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 256 | **IFOSFAMIDUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 257 | **IFOSFAMIDUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 258 | **IFOSFAMIDUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 259 | **IFOSFAMIDUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 260 | **IFOSFAMIDUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 261 | **IFOSFAMIDUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 262 | **IFOSFAMIDUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 263 | **IFOSFAMIDUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 264 | **IFOSFAMIDUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 265 | **IFOSFAMIDUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 266 | **IFOSFAMIDUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 267 | **IFOSFAMIDUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 268 | **IFOSFAMIDUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 269 | **IFOSFAMIDUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 270 | **IFOSFAMIDUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 271 | **IFOSFAMIDUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 272 | **IFOSFAMIDUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 273 | **IFOSFAMIDUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 274 | **IFOSFAMIDUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 275 | **IFOSFAMIDUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 276 | **IFOSFAMIDUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 277 | **IFOSFAMIDUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 278 | **IFOSFAMIDUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 279 | **IFOSFAMIDUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 280 | **IFOSFAMIDUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 281 | **IFOSFAMIDUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 282 | **IFOSFAMIDUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 283 | **IFOSFAMIDUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 284 | **IFOSFAMIDUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 285 | **IFOSFAMIDUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 286 | **IFOSFAMIDUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 287 | **IFOSFAMIDUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 288 | **IFOSFAMIDUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 289 | **IFOSFAMIDUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 290 | **IFOSFAMIDUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 291 | **IFOSFAMIDUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 292 | **IFOSFAMIDUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 293 | **IFOSFAMIDUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 294 | **IFOSFAMIDUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 295 | **IFOSFAMIDUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 296 | **IFOSFAMIDUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 297 | **IFOSFAMIDUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 298 | **IFOSFAMIDUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 299 | **IFOSFAMIDUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 300 | **IFOSFAMIDUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 301 | **IFOSFAMIDUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302 | **IFOSFAMIDUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 303 | **IFOSFAMIDUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 304 | **IFOSFAMIDUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 305 | **IFOSFAMIDUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 306 | **IFOSFAMIDUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 307 | **IFOSFAMIDUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 308 | **IFOSFAMIDUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 309 | **IFOSFAMIDUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 310 | **IFOSFAMIDUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 311 | **IFOSFAMIDUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 312 | **IFOSFAMIDUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 313 | **IFOSFAMIDUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 314 | **IFOSFAMIDUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 315 | **IFOSFAMIDUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 316 | **IFOSFAMIDUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 317 | **IFOSFAMIDUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 318 | **IFOSFAMIDUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 319 | **IFOSFAMIDUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 320 | **IFOSFAMIDUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 321 | **IFOSFAMIDUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 322 | **IFOSFAMIDUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 323 | **IFOSFAMIDUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 324 | **IFOSFAMIDUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 325 | **IFOSFAMIDUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 326 | **IFOSFAMIDUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 327 | **IFOSFAMIDUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 328 | **IFOSFAMIDUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 329 | **IFOSFAMIDUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 330 | **IFOSFAMIDUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 331 | **IFOSFAMIDUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 332 | **IFOSFAMIDUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 333 | **IFOSFAMIDUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 334 | **IFOSFAMIDUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 335 | **IFOSFAMIDUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 336 | **IFOSFAMIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 337 | **IFOSFAMIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 338 | **IFOSFAMIDUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 339 | **IFOSFAMIDUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 340 | **IFOSFAMIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 341 | **IFOSFAMIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 342 | **IFOSFAMIDUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 343 | **IFOSFAMIDUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 344 | **IFOSFAMIDUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 345 | **IFOSFAMIDUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 346 | **IFOSFAMIDUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 347 | **IFOSFAMIDUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 348 | **IFOSFAMIDUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 349 | **IFOSFAMIDUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 350 | **IFOSFAMIDUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 351 | **IFOSFAMIDUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 352 | **IFOSFAMIDUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 353 | **IFOSFAMIDUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 354 | **IFOSFAMIDUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 355 | **IFOSFAMIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 356 | **IFOSFAMIDUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 357 | **IFOSFAMIDUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 358 | **IFOSFAMIDUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 359 | **IFOSFAMIDUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 360 | **IFOSFAMIDUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 361 | **IFOSFAMIDUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 362 | **IFOSFAMIDUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 363 | **IFOSFAMIDUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 364 | **IFOSFAMIDUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 365 | **IFOSFAMIDUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 366 | **IFOSFAMIDUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 367 | **IFOSFAMIDUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 368 | **IFOSFAMIDUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 369 | **IFOSFAMIDUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 370 | **IFOSFAMIDUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 371 | **IFOSFAMIDUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 372 | **IFOSFAMIDUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 373 | **IFOSFAMIDUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 374 | **IFOSFAMIDUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 375 | **IFOSFAMIDUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 376 | **IFOSFAMIDUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 377 | **IFOSFAMIDUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 378 | **IFOSFAMIDUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 379 | **IFOSFAMIDUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 380 | **IFOSFAMIDUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 381 | **IFOSFAMIDUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 382 | **IFOSFAMIDUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 383 | **IFOSFAMIDUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 384 | **IFOSFAMIDUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 385 | **IFOSFAMIDUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 386 | **IFOSFAMIDUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 387 | **IFOSFAMIDUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 388 | **IFOSFAMIDUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 389 | **IFOSFAMIDUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 390 | **IFOSFAMIDUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 391 | **IFOSFAMIDUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 392 | **IFOSFAMIDUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 393 | **IFOSFAMIDUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 394 | **IFOSFAMIDUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 395 | **IFOSFAMIDUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 396 | **IFOSFAMIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 397 | **IFOSFAMIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 398 | **IFOSFAMIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 399 | **IFOSFAMIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 400 | **IFOSFAMIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 401 | **IFOSFAMIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 402 | **IFOSFAMIDUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 403 | **IFOSFAMIDUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 404 | **IFOSFAMIDUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 405 | **IFOSFAMIDUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 406 | **IFOSFAMIDUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 407 | **IFOSFAMIDUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 408 | **IFOSFAMIDUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 409 | **IFOSFAMIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 410 | **IFOSFAMIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 411 | **IFOSFAMIDUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 412 | **IFOSFAMIDUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 413 | **IFOSFAMIDUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 414 | **IFOSFAMIDUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 415 | **IFOSFAMIDUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 416 | **IFOSFAMIDUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 417 | **IFOSFAMIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 418 | **IFOSFAMIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 419 | **IFOSFAMIDUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 420 | **IFOSFAMIDUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 421 | **IFOSFAMIDUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 422 | **IFOSFAMIDUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 423 | **IFOSFAMIDUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 424 | **IFOSFAMIDUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 425 | **IFOSFAMIDUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 426 | **IFOSFAMIDUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 427 | **IFOSFAMIDUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 428 | **IFOSFAMIDUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 429 | **IFOSFAMIDUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 430 | **IFOSFAMIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 431 | **IFOSFAMIDUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 432 | **IFOSFAMIDUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 433 | **IFOSFAMIDUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 434 | **IFOSFAMIDUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 435 | **IFOSFAMIDUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 436 | **IFOSFAMIDUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 437 | **IFOSFAMIDUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 438 | **IFOSFAMIDUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 439 | **IFOSFAMIDUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 440 | **IFOSFAMIDUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 441 | **IFOSFAMIDUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 442 | **IFOSFAMIDUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 443 | **IFOSFAMIDUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 444 | **IFOSFAMIDUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 445 | **IFOSFAMIDUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 446 | **IFOSFAMIDUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 447 | **IFOSFAMIDUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 448 | **IFOSFAMIDUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 449 | **IFOSFAMIDUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 450 | **IFOSFAMIDUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 451 | **IFOSFAMIDUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 452 | **IFOSFAMIDUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 453 | **IFOSFAMIDUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 454 | **IFOSFAMIDUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 455 | **IFOSFAMIDUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 456 | **IFOSFAMIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 457 | **IFOSFAMIDUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 458 | **IFOSFAMIDUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 459 | **IFOSFAMIDUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 460 | **IFOSFAMIDUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 461 | **IFOSFAMIDUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 462 | **IFOSFAMIDUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 463 | **IFOSFAMIDUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 464 | **IFOSFAMIDUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 465 | **IFOSFAMIDUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 466 | **IFOSFAMIDUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 467 | **IFOSFAMIDUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 468 | **IFOSFAMIDUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 469 | **IFOSFAMIDUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 470 | **IFOSFAMIDUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 471 | **IFOSFAMIDUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 472 | **IFOSFAMIDUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 473 | **IFOSFAMIDUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 474 | **IFOSFAMIDUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 475 | **IFOSFAMIDUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 476 | **IFOSFAMIDUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 477 | **IFOSFAMIDUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 478 | **IFOSFAMIDUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 479 | **IFOSFAMIDUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 480 | **IFOSFAMIDUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 481 | **IFOSFAMIDUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 482 | **IFOSFAMIDUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 483 | **IFOSFAMIDUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 484 | **IFOSFAMIDUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 485 | **IFOSFAMIDUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 486 | **IFOSFAMIDUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 487 | **IFOSFAMIDUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 488 | **IFOSFAMIDUM** | D01 | RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 489 | **IFOSFAMIDUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 490 | **IFOSFAMIDUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 491 | **IFOSFAMIDUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 492 | **IFOSFAMIDUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 493 | **IFOSFAMIDUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 494 | **IFOSFAMIDUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 495 | **IFOSFAMIDUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 496 | **IFOSFAMIDUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 497 | **IFOSFAMIDUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 498 | **IFOSFAMIDUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 499 | **IFOSFAMIDUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 500 | **IFOSFAMIDUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 501 | **IFOSFAMIDUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 502 | **IFOSFAMIDUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 503 | **IFOSFAMIDUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 504 | **IFOSFAMIDUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 505 | **IFOSFAMIDUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 506 | **IFOSFAMIDUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 507 | **IFOSFAMIDUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 508 | **IFOSFAMIDUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 509 | **IFOSFAMIDUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 510 | **IFOSFAMIDUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 511 | **IFOSFAMIDUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 512 | **IFOSFAMIDUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 513 | **IFOSFAMIDUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 514 | **IFOSFAMIDUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 515 | **IFOSFAMIDUM** | D07.1 | SROM |
| 516 | **IFOSFAMIDUM** | D07.2 | POCHWA |
| 517 | **IFOSFAMIDUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 518 | **IFOSFAMIDUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 519 | **IFOSFAMIDUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 520 | **IFOSFAMIDUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 521 | **IFOSFAMIDUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 522 | **IFOSFAMIDUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 523 | **IFOSFAMIDUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 524 | **IFOSFAMIDUM** | D09.2 | OKO |
| 525 | **IFOSFAMIDUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 526 | **IFOSFAMIDUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 527 | **IFOSFAMIDUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 528 | **IFOSFAMIDUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 529 | **IFOSFAMIDUM** | D10.0 | WARGA |
| 530 | **IFOSFAMIDUM** | D10.1 | JĘZYK |
| 531 | **IFOSFAMIDUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 532 | **IFOSFAMIDUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 533 | **IFOSFAMIDUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 534 | **IFOSFAMIDUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 535 | **IFOSFAMIDUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 536 | **IFOSFAMIDUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 537 | **IFOSFAMIDUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 538 | **IFOSFAMIDUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 539 | **IFOSFAMIDUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 540 | **IFOSFAMIDUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 541 | **IFOSFAMIDUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 542 | **IFOSFAMIDUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 543 | **IFOSFAMIDUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 544 | **IFOSFAMIDUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 545 | **IFOSFAMIDUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 546 | **IFOSFAMIDUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 547 | **IFOSFAMIDUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 548 | **IFOSFAMIDUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 549 | **IFOSFAMIDUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 550 | **IFOSFAMIDUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 551 | **IFOSFAMIDUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 552 | **IFOSFAMIDUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 553 | **IFOSFAMIDUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 554 | **IFOSFAMIDUM** | D13.0 | PRZEŁYK |
| 555 | **IFOSFAMIDUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 556 | **IFOSFAMIDUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 557 | **IFOSFAMIDUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 558 | **IFOSFAMIDUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 559 | **IFOSFAMIDUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 560 | **IFOSFAMIDUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 561 | **IFOSFAMIDUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 562 | **IFOSFAMIDUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 563 | **IFOSFAMIDUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 564 | **IFOSFAMIDUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 565 | **IFOSFAMIDUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 566 | **IFOSFAMIDUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 567 | **IFOSFAMIDUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 568 | **IFOSFAMIDUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 569 | **IFOSFAMIDUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 570 | **IFOSFAMIDUM** | D15.0 | GRASICA |
| 571 | **IFOSFAMIDUM** | D15.1 | SERCE |
| 572 | **IFOSFAMIDUM** | D15.2 | SRÓDPIERSIE |
| 573 | **IFOSFAMIDUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 574 | **IFOSFAMIDUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 575 | **IFOSFAMIDUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 576 | **IFOSFAMIDUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 577 | **IFOSFAMIDUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 578 | **IFOSFAMIDUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 579 | **IFOSFAMIDUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 580 | **IFOSFAMIDUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 581 | **IFOSFAMIDUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 582 | **IFOSFAMIDUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 583 | **IFOSFAMIDUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 584 | **IFOSFAMIDUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 585 | **IFOSFAMIDUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 586 | **IFOSFAMIDUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 587 | **IFOSFAMIDUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 588 | **IFOSFAMIDUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 589 | **IFOSFAMIDUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 590 | **IFOSFAMIDUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 591 | **IFOSFAMIDUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 592 | **IFOSFAMIDUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 593 | **IFOSFAMIDUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 594 | **IFOSFAMIDUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 595 | **IFOSFAMIDUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 596 | **IFOSFAMIDUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 597 | **IFOSFAMIDUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 598 | **IFOSFAMIDUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 599 | **IFOSFAMIDUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 600 | **IFOSFAMIDUM** | D28.0 | SROM |
| 601 | **IFOSFAMIDUM** | D28.1 | POCHWA |
| 602 | **IFOSFAMIDUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 603 | **IFOSFAMIDUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 604 | **IFOSFAMIDUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 605 | **IFOSFAMIDUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 606 | **IFOSFAMIDUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 607 | **IFOSFAMIDUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 608 | **IFOSFAMIDUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 609 | **IFOSFAMIDUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 610 | **IFOSFAMIDUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 611 | **IFOSFAMIDUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 612 | **IFOSFAMIDUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 613 | **IFOSFAMIDUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 614 | **IFOSFAMIDUM** | D30.0 | NERKA |
| 615 | **IFOSFAMIDUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 616 | **IFOSFAMIDUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 617 | **IFOSFAMIDUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 618 | **IFOSFAMIDUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 619 | **IFOSFAMIDUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 620 | **IFOSFAMIDUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 621 | **IFOSFAMIDUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 622 | **IFOSFAMIDUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 623 | **IFOSFAMIDUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 624 | **IFOSFAMIDUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 625 | **IFOSFAMIDUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 626 | **IFOSFAMIDUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 627 | **IFOSFAMIDUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 628 | **IFOSFAMIDUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 629 | **IFOSFAMIDUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 630 | **IFOSFAMIDUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 631 | **IFOSFAMIDUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 632 | **IFOSFAMIDUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 633 | **IFOSFAMIDUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 634 | **IFOSFAMIDUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 635 | **IFOSFAMIDUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 636 | **IFOSFAMIDUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 637 | **IFOSFAMIDUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 638 | **IFOSFAMIDUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 639 | **IFOSFAMIDUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 640 | **IFOSFAMIDUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 641 | **IFOSFAMIDUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 642 | **IFOSFAMIDUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 643 | **IFOSFAMIDUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 644 | **IFOSFAMIDUM** | D35.0 | NADNERCZA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 645 | **IFOSFAMIDUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 646 | **IFOSFAMIDUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 647 | **IFOSFAMIDUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 648 | **IFOSFAMIDUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 649 | **IFOSFAMIDUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 650 | **IFOSFAMIDUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 651 | **IFOSFAMIDUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 652 | **IFOSFAMIDUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 653 | **IFOSFAMIDUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 654 | **IFOSFAMIDUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 655 | **IFOSFAMIDUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 656 | **IFOSFAMIDUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 657 | **IFOSFAMIDUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 658 | **IFOSFAMIDUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 659 | **IFOSFAMIDUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 660 | **IFOSFAMIDUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 661 | **IFOSFAMIDUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 662 | **IFOSFAMIDUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 663 | **IFOSFAMIDUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 664 | **IFOSFAMIDUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 665 | **IFOSFAMIDUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 666 | **IFOSFAMIDUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 667 | **IFOSFAMIDUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 668 | **IFOSFAMIDUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 669 | **IFOSFAMIDUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 670 | **IFOSFAMIDUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 671 | **IFOSFAMIDUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 672 | **IFOSFAMIDUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 673 | **IFOSFAMIDUM** | D38.3 | SRÓDPIERSIE |
| 674 | **IFOSFAMIDUM** | D38.4 | GRASICA |
| 675 | **IFOSFAMIDUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 676 | **IFOSFAMIDUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 677 | **IFOSFAMIDUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 678 | **IFOSFAMIDUM** | D39.0 | MACICA |
| 679 | **IFOSFAMIDUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 680 | **IFOSFAMIDUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 681 | **IFOSFAMIDUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 682 | **IFOSFAMIDUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 683 | **IFOSFAMIDUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 684 | **IFOSFAMIDUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 685 | **IFOSFAMIDUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 686 | **IFOSFAMIDUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 687 | **IFOSFAMIDUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 688 | **IFOSFAMIDUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 689 | **IFOSFAMIDUM** | D41.0 | NERKA |
| 690 | **IFOSFAMIDUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 691 | **IFOSFAMIDUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 692 | **IFOSFAMIDUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 693 | **IFOSFAMIDUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 694 | **IFOSFAMIDUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 695 | **IFOSFAMIDUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 696 | **IFOSFAMIDUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 697 | **IFOSFAMIDUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 698 | **IFOSFAMIDUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 699 | **IFOSFAMIDUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 700 | **IFOSFAMIDUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 701 | **IFOSFAMIDUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 702 | **IFOSFAMIDUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 703 | **IFOSFAMIDUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 704 | **IFOSFAMIDUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 705 | **IFOSFAMIDUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 706 | **IFOSFAMIDUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 707 | **IFOSFAMIDUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 708 | **IFOSFAMIDUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 709 | **IFOSFAMIDUM** | D44.0 | TARCZYCA |
| 710 | **IFOSFAMIDUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 711 | **IFOSFAMIDUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 712 | **IFOSFAMIDUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 713 | **IFOSFAMIDUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 714 | **IFOSFAMIDUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 715 | **IFOSFAMIDUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 716 | **IFOSFAMIDUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 717 | **IFOSFAMIDUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 718 | **IFOSFAMIDUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 719 | **IFOSFAMIDUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 720 | **IFOSFAMIDUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 721 | **IFOSFAMIDUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 722 | **IFOSFAMIDUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 723 | **IFOSFAMIDUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 724 | **IFOSFAMIDUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 725 | **IFOSFAMIDUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 726 | **IFOSFAMIDUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 727 | **IFOSFAMIDUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 728 | **IFOSFAMIDUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 729 | **IFOSFAMIDUM** | D48.6 | SUTEK |
| 730 | **IFOSFAMIDUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 731 | **IFOSFAMIDUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 732 | **IFOSFAMIDUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 733 | **IFOSFAMIDUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 734 | **IFOSFAMIDUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 735 | **IFOSFAMIDUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 736 | **IFOSFAMIDUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 737 | **IFOSFAMIDUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 738 | **IFOSFAMIDUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 739 | **IFOSFAMIDUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 740 | **IFOSFAMIDUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 741 | **IFOSFAMIDUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.35.

**IRINOTECANUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **IRINOTECANUM** | C15 | RAK PRZEŁYKU |
| 2. | **IRINOTECANUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 3. | **IRINOTECANUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 4. | **IRINOTECANUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 5. | **IRINOTECANUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 6. | **IRINOTECANUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 7. | **IRINOTECANUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 8. | **IRINOTECANUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 9. | **IRINOTECANUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 10. | **IRINOTECANUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 11. | **IRINOTECANUM** | C16.0 | WPUST |
| 12. | **IRINOTECANUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 13. | **IRINOTECANUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 14. | **IRINOTECANUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 15. | **IRINOTECANUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 16. | **IRINOTECANUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 17. | **IRINOTECANUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 18. | **IRINOTECANUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 19. | **IRINOTECANUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | **IRINOTECANUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 21. | **IRINOTECANUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 22. | **IRINOTECANUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 23. | **IRINOTECANUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 24. | **IRINOTECANUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 25. | **IRINOTECANUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 26. | **IRINOTECANUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 27. | **IRINOTECANUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 28. | **IRINOTECANUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 29. | **IRINOTECANUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 30. | **IRINOTECANUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 31. | **IRINOTECANUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 32. | **IRINOTECANUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 33. | **IRINOTECANUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 34. | **IRINOTECANUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 35. | **IRINOTECANUM** | C18.7 | ESICA |
| 36. | **IRINOTECANUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 37. | **IRINOTECANUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 38. | **IRINOTECANUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 39. | **IRINOTECANUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 40. | **IRINOTECANUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 41. | **IRINOTECANUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 42. | **IRINOTECANUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 43. | **IRINOTECANUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 44. | **IRINOTECANUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 45. | **IRINOTECANUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 46. | **IRINOTECANUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 47. | **IRINOTECANUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 48. | **IRINOTECANUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 49. | **IRINOTECANUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 50. | **IRINOTECANUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 51. | **IRINOTECANUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 52. | **IRINOTECANUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 53. | **IRINOTECANUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 54. | **IRINOTECANUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 55. | **IRINOTECANUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 56. | **IRINOTECANUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 57. | **IRINOTECANUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 58. | **IRINOTECANUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 59. | **IRINOTECANUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 60. | **IRINOTECANUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 61. | **IRINOTECANUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 62. | **IRINOTECANUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 63. | **IRINOTECANUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 64. | **IRINOTECANUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 65. | **IRINOTECANUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 66. | **IRINOTECANUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 67. | **IRINOTECANUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 68. | **IRINOTECANUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 69. | **IRINOTECANUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 70. | **IRINOTECANUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 71. | **IRINOTECANUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 72. | **IRINOTECANUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 73. | **IRINOTECANUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 74. | **IRINOTECANUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 75. | **IRINOTECANUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 76. | **IRINOTECANUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 77. | **IRINOTECANUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 78. | **IRINOTECANUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 79. | **IRINOTECANUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 80. | **IRINOTECANUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 81. | **IRINOTECANUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 82. | **IRINOTECANUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 83. | **IRINOTECANUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 84. | **IRINOTECANUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 85. | **IRINOTECANUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 86. | **IRINOTECANUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 87. | **IRINOTECANUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 88. | **IRINOTECANUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 89. | **IRINOTECANUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 90. | **IRINOTECANUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 91. | **IRINOTECANUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 92. | **IRINOTECANUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 93. | **IRINOTECANUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 94. | **IRINOTECANUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 95. | **IRINOTECANUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 96. | **IRINOTECANUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 97. | **IRINOTECANUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 98. | **IRINOTECANUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 99. | **IRINOTECANUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 100. | **IRINOTECANUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 101. | **IRINOTECANUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 102. | **IRINOTECANUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 103. | **IRINOTECANUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 104. | **IRINOTECANUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 105. | **IRINOTECANUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 106. | **IRINOTECANUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 107. | **IRINOTECANUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY |
| 108. | **IRINOTECANUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 109. | **IRINOTECANUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 110. | **IRINOTECANUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 111. | **IRINOTECANUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 112. | **IRINOTECANUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 113. | **IRINOTECANUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 114. | **IRINOTECANUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 115. | **IRINOTECANUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 116. | **IRINOTECANUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 117. | **IRINOTECANUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 118. | **IRINOTECANUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 119. | **IRINOTECANUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 120. | **IRINOTECANUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 121. | **IRINOTECANUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 122. | **IRINOTECANUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 123. | **IRINOTECANUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 124. | **IRINOTECANUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 125. | **IRINOTECANUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 126. | **IRINOTECANUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 127. | **IRINOTECANUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 128. | **IRINOTECANUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 129. | **IRINOTECANUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 130. | **IRINOTECANUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 131. | **IRINOTECANUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 132. | **IRINOTECANUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 133. | **IRINOTECANUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 134. | **IRINOTECANUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 135. | **IRINOTECANUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 136. | **IRINOTECANUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 137. | **IRINOTECANUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 138. | **IRINOTECANUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 139. | **IRINOTECANUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 140. | **IRINOTECANUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.37.a.

## LANREOTIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **LANREOTIDUM** | C15 | RAK PRZEŁYKU |
| 2. | **LANREOTIDUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 3. | **LANREOTIDUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 4. | **LANREOTIDUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 5. | **LANREOTIDUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 6. | **LANREOTIDUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 7. | **LANREOTIDUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 8. | **LANREOTIDUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 9. | **LANREOTIDUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 10. | **LANREOTIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 11. | **LANREOTIDUM** | C16.0 | WPUST |
| 12. | **LANREOTIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 13. | **LANREOTIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 14. | **LANREOTIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 15. | **LANREOTIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 16. | **LANREOTIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 17. | **LANREOTIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 18. | **LANREOTIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 19. | **LANREOTIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | **LANREOTIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 21. | **LANREOTIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 22. | **LANREOTIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 23. | **LANREOTIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 24. | **LANREOTIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 25. | **LANREOTIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 26. | **LANREOTIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 27. | **LANREOTIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 28. | **LANREOTIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 29. | **LANREOTIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 30. | **LANREOTIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 31. | **LANREOTIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 32. | **LANREOTIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 33. | **LANREOTIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 34. | **LANREOTIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 35. | **LANREOTIDUM** | C18.7 | ESICA |
| 36. | **LANREOTIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 37. | **LANREOTIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 38. | **LANREOTIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 39. | **LANREOTIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 40. | **LANREOTIDUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 41. | **LANREOTIDUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 42. | **LANREOTIDUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 43. | **LANREOTIDUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 44. | **LANREOTIDUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 45. | **LANREOTIDUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 46. | **LANREOTIDUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 47. | **LANREOTIDUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 48. | **LANREOTIDUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 49. | **LANREOTIDUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 50. | **LANREOTIDUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 51. | **LANREOTIDUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 52. | **LANREOTIDUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 53. | **LANREOTIDUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 54. | **LANREOTIDUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 55. | **LANREOTIDUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 56. | **LANREOTIDUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 57. | **LANREOTIDUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 58. | **LANREOTIDUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 59. | **LANREOTIDUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 60. | **LANREOTIDUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 61. | **LANREOTIDUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 62. | **LANREOTIDUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 63. | **LANREOTIDUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 64. | **LANREOTIDUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 65. | **LANREOTIDUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 66. | **LANREOTIDUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 67. | **LANREOTIDUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 68. | **LANREOTIDUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 69. | **LANREOTIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 70. | **LANREOTIDUM** | E34.0 | ZESPÓŁ RAKOWIAKA |
| 71. | **LANREOTIDUM** | E34.1 | INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO |
| 72. | **LANREOTIDUM** | E34.2 | EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE |
| 73. | **LANREOTIDUM** | E34.8 | INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE<br>*z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 74. | **LANREOTIDUM** | E34.9 | ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.37.b.

## LANREOTIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **LANREOTIDUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA<br>w przypadku:<br>guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia |

Załącznik C.39.

## MELPHALANUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **MELPHALANUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 2. | **MELPHALANUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 3. | **MELPHALANUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 4. | **MELPHALANUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 5. | **MELPHALANUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 6. | **MELPHALANUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 7. | **MELPHALANUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 8. | **MELPHALANUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 9. | **MELPHALANUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 10. | **MELPHALANUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 11. | **MELPHALANUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 12. | **MELPHALANUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 13. | **MELPHALANUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 14. | **MELPHALANUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 15. | **MELPHALANUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 16. | **MELPHALANUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 17. | **MELPHALANUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 18. | **MELPHALANUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 19. | **MELPHALANUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 20. | **MELPHALANUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 21. | **MELPHALANUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 22. | **MELPHALANUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 23. | **MELPHALANUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 24. | **MELPHALANUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 25. | **MELPHALANUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 26. | **MELPHALANUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 27. | **MELPHALANUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 28. | **MELPHALANUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 29. | **MELPHALANUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 30. | **MELPHALANUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 31. | **MELPHALANUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 32. | **MELPHALANUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 33. | **MELPHALANUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 34. | **MELPHALANUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 35. | **MELPHALANUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 36. | **MELPHALANUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 37. | **MELPHALANUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 38. | **MELPHALANUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 39. | **MELPHALANUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 40. | **MELPHALANUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 41. | **MELPHALANUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 42. | **MELPHALANUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 43. | **MELPHALANUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 44. | **MELPHALANUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 45. | **MELPHALANUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 46. | **MELPHALANUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 47. | **MELPHALANUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 48. | **MELPHALANUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 49. | **MELPHALANUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 50. | **MELPHALANUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 51. | **MELPHALANUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 52. | **MELPHALANUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 53. | **MELPHALANUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54. | **MELPHALANUM** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA |
| 55. | **MELPHALANUM** | E85 | AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/ |
| 56. | **MELPHALANUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 57. | **MELPHALANUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 58. | **MELPHALANUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 59. | **MELPHALANUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 60. | **MELPHALANUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 61. | **MELPHALANUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 62. | **MELPHALANUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.40.

**MERCAPTOPURINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **MERCAPTOPURINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 2. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 3. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 4. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 5. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 6. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 7. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 8. | **MERCAPTOPURINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 9. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 10. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 11. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 12. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 13. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 14. | **MERCAPTOPURINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 15. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 16. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 17. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 18. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 19. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 21. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 22. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 23. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 24. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 25. | **MERCAPTOPURINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 26. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 27. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 28. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 29. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 30. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 31. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 32. | **MERCAPTOPURINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 33. | **MERCAPTOPURINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 34. | **MERCAPTOPURINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 35. | **MERCAPTOPURINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 36. | **MERCAPTOPURINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 37. | **MERCAPTOPURINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 38. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 39. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 40. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 41. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 42. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 43. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 44. | **MERCAPTOPURINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 45. | **MERCAPTOPURINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 46. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 47. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 48. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 49. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 50. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 51. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 52. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 53. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 54. | **MERCAPTOPURINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 55. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 56. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 57. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 58. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 59. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 60. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 61. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 62. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 63. | **MERCAPTOPURINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 64. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 65. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 66. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 67. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 68. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 69. | **MERCAPTOPURINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 70. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 71. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 72. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 73. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 74. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 75. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 76. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 77. | **MERCAPTOPURINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 78. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 79. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 80. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 81. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 82. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 83. | **MERCAPTOPURINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 84. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 85. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 86. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 87. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 88. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 89. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 90. | **MERCAPTOPURINUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 91. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 92. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 93. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 94. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 95. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 96. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 97. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 98. | **MERCAPTOPURINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 99. | **MERCAPTOPURINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 100. | **MERCAPTOPURINUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 101. | **MERCAPTOPURINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 102. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 103. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 104. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 105. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 106. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 107. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 108. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.41.

## METHOTREXATUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **METHOTREXATUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | **METHOTREXATUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | **METHOTREXATUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | **METHOTREXATUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | **METHOTREXATUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | **METHOTREXATUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | **METHOTREXATUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | **METHOTREXATUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | **METHOTREXATUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | **METHOTREXATUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | **METHOTREXATUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | **METHOTREXATUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | **METHOTREXATUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | **METHOTREXATUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | **METHOTREXATUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | **METHOTREXATUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | **METHOTREXATUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | **METHOTREXATUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | **METHOTREXATUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | **METHOTREXATUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21. | **METHOTREXATUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22. | **METHOTREXATUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23. | **METHOTREXATUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | **METHOTREXATUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | **METHOTREXATUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | **METHOTREXATUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | **METHOTREXATUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | **METHOTREXATUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | **METHOTREXATUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | **METHOTREXATUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | **METHOTREXATUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | **METHOTREXATUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | **METHOTREXATUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | **METHOTREXATUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | **METHOTREXATUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | **METHOTREXATUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | **METHOTREXATUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | **METHOTREXATUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | **METHOTREXATUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | **METHOTREXATUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | **METHOTREXATUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | **METHOTREXATUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43. | **METHOTREXATUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | **METHOTREXATUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | **METHOTREXATUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 46. | **METHOTREXATUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | **METHOTREXATUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | **METHOTREXATUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | **METHOTREXATUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | **METHOTREXATUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | **METHOTREXATUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | **METHOTREXATUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | **METHOTREXATUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | **METHOTREXATUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | **METHOTREXATUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | **METHOTREXATUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | **METHOTREXATUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58. | **METHOTREXATUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | **METHOTREXATUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | **METHOTREXATUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | **METHOTREXATUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | **METHOTREXATUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | **METHOTREXATUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | **METHOTREXATUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | **METHOTREXATUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ ) |
| 66. | **METHOTREXATUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67. | **METHOTREXATUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO |
| 68. | **METHOTREXATUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | **METHOTREXATUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | **METHOTREXATUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 71. | **METHOTREXATUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | **METHOTREXATUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | **METHOTREXATUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **METHOTREXATUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | **METHOTREXATUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 76. | **METHOTREXATUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 77. | **METHOTREXATUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 78. | **METHOTREXATUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 79. | **METHOTREXATUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 80. | **METHOTREXATUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 81. | **METHOTREXATUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 82. | **METHOTREXATUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 83. | **METHOTREXATUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 84. | **METHOTREXATUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 85. | **METHOTREXATUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 86. | **METHOTREXATUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 87. | **METHOTREXATUM** | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |
| 88. | **METHOTREXATUM** | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 89. | **METHOTREXATUM** | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 90. | **METHOTREXATUM** | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 91. | **METHOTREXATUM** | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 92. | **METHOTREXATUM** | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 93. | **METHOTREXATUM** | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 94. | **METHOTREXATUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 95. | **METHOTREXATUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 96. | **METHOTREXATUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 97. | **METHOTREXATUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 98. | **METHOTREXATUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 99. | **METHOTREXATUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 100. | **METHOTREXATUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 101. | **METHOTREXATUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 102. | **METHOTREXATUM** | C38.0 | SERCE |
| 103. | **METHOTREXATUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 104. | **METHOTREXATUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 105. | **METHOTREXATUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 106. | **METHOTREXATUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 107. | **METHOTREXATUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 108. | **METHOTREXATUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 109. | **METHOTREXATUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 110. | **METHOTREXATUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 111. | **METHOTREXATUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 112. | **METHOTREXATUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 113. | **METHOTREXATUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 114. | **METHOTREXATUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 115. | **METHOTREXATUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 116. | **METHOTREXATUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 117. | **METHOTREXATUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 118. | **METHOTREXATUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 119. | **METHOTREXATUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 120. | **METHOTREXATUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 121. | **METHOTREXATUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 122. | **METHOTREXATUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 123. | **METHOTREXATUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 124. | **METHOTREXATUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 125. | **METHOTREXATUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 126. | **METHOTREXATUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127. | **METHOTREXATUM** | C44 | INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY |
| 128. | **METHOTREXATUM** | C44.0 | SKÓRA WARGI |
| 129. | **METHOTREXATUM** | C44.1 | SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 130. | **METHOTREXATUM** | C44.2 | SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 131. | **METHOTREXATUM** | C44.3 | SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 132. | **METHOTREXATUM** | C44.4 | SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI |
| 133. | **METHOTREXATUM** | C44.5 | SKÓRA TUŁOWIA |
| 134. | **METHOTREXATUM** | C44.6 | SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 135. | **METHOTREXATUM** | C44.7 | SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 136. | **METHOTREXATUM** | C44.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI |
| 137. | **METHOTREXATUM** | C44.9 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 138. | **METHOTREXATUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 139. | **METHOTREXATUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 140. | **METHOTREXATUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 141. | **METHOTREXATUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 142. | **METHOTREXATUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 143. | **METHOTREXATUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 144. | **METHOTREXATUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 145. | **METHOTREXATUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 146. | **METHOTREXATUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 147. | **METHOTREXATUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 148. | **METHOTREXATUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 149. | **METHOTREXATUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 150. | **METHOTREXATUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 151. | **METHOTREXATUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 152. | **METHOTREXATUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 153. | **METHOTREXATUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 154. | **METHOTREXATUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 155. | **METHOTREXATUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 156. | **METHOTREXATUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 157. | **METHOTREXATUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 158. | **METHOTREXATUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 159. | **METHOTREXATUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 160. | **METHOTREXATUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 161. | **METHOTREXATUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 162. | **METHOTREXATUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 163. | **METHOTREXATUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 164. | **METHOTREXATUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 165. | **METHOTREXATUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 166. | **METHOTREXATUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 167. | **METHOTREXATUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 168. | **METHOTREXATUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 169. | **METHOTREXATUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 170. | **METHOTREXATUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 171. | **METHOTREXATUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 172. | **METHOTREXATUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 173. | **METHOTREXATUM** | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 174. | **METHOTREXATUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 175. | **METHOTREXATUM** | C60.0 | NAPLETEK |
| 176. | **METHOTREXATUM** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 177. | **METHOTREXATUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 178. | **METHOTREXATUM** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 179. | **METHOTREXATUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 180. | **METHOTREXATUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 181. | **METHOTREXATUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 182. | **METHOTREXATUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 183. | **METHOTREXATUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 184. | **METHOTREXATUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 185. | **METHOTREXATUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 186. | **METHOTREXATUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 187. | **METHOTREXATUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 188. | **METHOTREXATUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 189. | **METHOTREXATUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 190. | **METHOTREXATUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 191. | **METHOTREXATUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 192. | **METHOTREXATUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 193. | **METHOTREXATUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 194. | **METHOTREXATUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 195. | **METHOTREXATUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 196. | **METHOTREXATUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 197. | **METHOTREXATUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 198. | **METHOTREXATUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 199. | **METHOTREXATUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 200. | **METHOTREXATUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 201. | **METHOTREXATUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 202. | **METHOTREXATUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 203. | **METHOTREXATUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 204. | **METHOTREXATUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 205. | **METHOTREXATUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 206. | **METHOTREXATUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 207. | **METHOTREXATUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 208. | **METHOTREXATUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 209. | **METHOTREXATUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 210. | **METHOTREXATUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 211. | **METHOTREXATUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 212. | **METHOTREXATUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 213. | **METHOTREXATUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 214. | **METHOTREXATUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 215. | **METHOTREXATUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 216. | **METHOTREXATUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 217. | **METHOTREXATUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 218. | **METHOTREXATUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 219. | **METHOTREXATUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 220. | **METHOTREXATUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 221. | **METHOTREXATUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 222. | **METHOTREXATUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 223. | **METHOTREXATUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 224. | **METHOTREXATUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 225. | **METHOTREXATUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 226. | **METHOTREXATUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 227. | **METHOTREXATUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 228. | **METHOTREXATUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 229. | **METHOTREXATUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 230. | **METHOTREXATUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 231. | **METHOTREXATUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 232. | **METHOTREXATUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 233. | **METHOTREXATUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 234. | **METHOTREXATUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 235. | **METHOTREXATUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 236. | **METHOTREXATUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 237. | **METHOTREXATUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 238. | **METHOTREXATUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 239. | **METHOTREXATUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 240. | **METHOTREXATUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 241. | **METHOTREXATUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 242. | **METHOTREXATUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 243. | **METHOTREXATUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 244. | **METHOTREXATUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 245. | **METHOTREXATUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 246. | **METHOTREXATUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 247. | **METHOTREXATUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 248. | **METHOTREXATUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 249. | **METHOTREXATUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 250. | **METHOTREXATUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 251. | **METHOTREXATUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 252. | **METHOTREXATUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 253. | **METHOTREXATUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 254. | **METHOTREXATUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 255. | **METHOTREXATUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 256. | **METHOTREXATUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 257. | **METHOTREXATUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 258. | **METHOTREXATUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 259. | **METHOTREXATUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 260. | **METHOTREXATUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 261. | **METHOTREXATUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 262. | **METHOTREXATUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 263. | **METHOTREXATUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 264. | **METHOTREXATUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 265. | **METHOTREXATUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 266. | **METHOTREXATUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 267. | **METHOTREXATUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 268. | **METHOTREXATUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 269. | **METHOTREXATUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 270. | **METHOTREXATUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 271. | **METHOTREXATUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 272. | **METHOTREXATUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 273. | **METHOTREXATUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 274. | **METHOTREXATUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 275. | **METHOTREXATUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 276. | **METHOTREXATUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 277. | **METHOTREXATUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 278. | **METHOTREXATUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 279. | **METHOTREXATUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 280. | **METHOTREXATUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 281. | **METHOTREXATUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 282. | **METHOTREXATUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 283. | **METHOTREXATUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 284. | **METHOTREXATUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 285. | **METHOTREXATUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 286. | **METHOTREXATUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 287. | **METHOTREXATUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 288. | **METHOTREXATUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 289. | **METHOTREXATUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 290. | **METHOTREXATUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 291. | **METHOTREXATUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 292. | **METHOTREXATUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 293. | **METHOTREXATUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 294. | **METHOTREXATUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 295. | **METHOTREXATUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 296. | **METHOTREXATUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 297. | **METHOTREXATUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 298. | **METHOTREXATUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 299. | **METHOTREXATUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 300. | **METHOTREXATUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 301. | **METHOTREXATUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 302. | **METHOTREXATUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 303. | **METHOTREXATUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 304. | **METHOTREXATUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 305. | **METHOTREXATUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 306. | **METHOTREXATUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 307. | **METHOTREXATUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 308. | **METHOTREXATUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 309. | **METHOTREXATUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 310. | **METHOTREXATUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 311. | **METHOTREXATUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 312. | **METHOTREXATUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 313. | **METHOTREXATUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 314. | **METHOTREXATUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 315. | **METHOTREXATUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 316. | **METHOTREXATUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 317. | **METHOTREXATUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 318. | **METHOTREXATUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 319. | **METHOTREXATUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 320. | **METHOTREXATUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 321. | **METHOTREXATUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 322. | **METHOTREXATUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 323. | **METHOTREXATUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 324. | **METHOTREXATUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 325. | **METHOTREXATUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 326. | **METHOTREXATUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 327. | **METHOTREXATUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 328. | **METHOTREXATUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 329. | **METHOTREXATUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 330. | **METHOTREXATUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 331. | **METHOTREXATUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 332. | **METHOTREXATUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 333. | **METHOTREXATUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 334. | **METHOTREXATUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 335. | **METHOTREXATUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 336. | **METHOTREXATUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 337. | **METHOTREXATUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 338. | **METHOTREXATUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 339. | **METHOTREXATUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 340. | **METHOTREXATUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 341. | **METHOTREXATUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 342. | **METHOTREXATUM** | D38.4 | GRASICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 343. | **METHOTREXATUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 344. | **METHOTREXATUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 345. | **METHOTREXATUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 346. | **METHOTREXATUM** | D39.0 | MACICA |
| 347. | **METHOTREXATUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 348. | **METHOTREXATUM** | D39.2 | CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA |
| 349. | **METHOTREXATUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 350. | **METHOTREXATUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 351. | **METHOTREXATUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 352. | **METHOTREXATUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 353. | **METHOTREXATUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 354. | **METHOTREXATUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 355. | **METHOTREXATUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 356. | **METHOTREXATUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 357. | **METHOTREXATUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 358. | **METHOTREXATUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 359. | **METHOTREXATUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 360. | **METHOTREXATUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 361. | **METHOTREXATUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 362. | **METHOTREXATUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 363. | **METHOTREXATUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 364. | **METHOTREXATUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 365. | **METHOTREXATUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 366. | **METHOTREXATUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 367. | **METHOTREXATUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 368. | **METHOTREXATUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 369. | **METHOTREXATUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 370. | **METHOTREXATUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 371. | **METHOTREXATUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 372. | **METHOTREXATUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 373. | **METHOTREXATUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 374. | **METHOTREXATUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 375. | **METHOTREXATUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 376. | **METHOTREXATUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 377. | **METHOTREXATUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 378. | **METHOTREXATUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 379. | **METHOTREXATUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 380. | **METHOTREXATUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 381. | **METHOTREXATUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 382. | **METHOTREXATUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 383. | **METHOTREXATUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 384. | **METHOTREXATUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 385. | **METHOTREXATUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 386. | **METHOTREXATUM** | D48.6 | SUTEK |
| 387. | **METHOTREXATUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 388. | **METHOTREXATUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 389. | **METHOTREXATUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 390. | **METHOTREXATUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 391. | **METHOTREXATUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 392. | **METHOTREXATUM** | O01 | ZAŚNIAD GRONIASTY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 393. | **METHOTREXATUM** | O01.0 | KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY |
| 394. | **METHOTREXATUM** | O01.1 | NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY |
| 395. | **METHOTREXATUM** | O01.9 | ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY |
| 396. | **METHOTREXATUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 397. | **METHOTREXATUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 398. | **METHOTREXATUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 399. | **METHOTREXATUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 400. | **METHOTREXATUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 401. | **METHOTREXATUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 402. | **METHOTREXATUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 403. | **METHOTREXATUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.42.

## MITOMYCINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **MITOMYCINUM** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 2. | **MITOMYCINUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 3. | **MITOMYCINUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 4. | **MITOMYCINUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 5. | **MITOMYCINUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 6. | **MITOMYCINUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 7. | **MITOMYCINUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 8. | **MITOMYCINUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 9. | **MITOMYCINUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 10. | **MITOMYCINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 11. | **MITOMYCINUM** | C16.0 | WPUST |
| 12. | **MITOMYCINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 13. | **MITOMYCINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 14. | **MITOMYCINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 15. | **MITOMYCINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 16. | **MITOMYCINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 17. | **MITOMYCINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 18. | **MITOMYCINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 19. | **MITOMYCINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | **MITOMYCINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 21. | **MITOMYCINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 22. | **MITOMYCINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 23. | **MITOMYCINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 24. | **MITOMYCINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 25. | **MITOMYCINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 26. | **MITOMYCINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 27. | **MITOMYCINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 28. | **MITOMYCINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 29. | **MITOMYCINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 30. | **MITOMYCINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 31. | **MITOMYCINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 32. | **MITOMYCINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 33. | **MITOMYCINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 34. | **MITOMYCINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 35. | **MITOMYCINUM** | C18.7 | ESICA |
| 36. | **MITOMYCINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 37. | **MITOMYCINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 38. | **MITOMYCINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 39. | **MITOMYCINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 40. | **MITOMYCINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 41. | **MITOMYCINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 42. | **MITOMYCINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 43. | **MITOMYCINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 44. | **MITOMYCINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 45. | **MITOMYCINUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 46. | **MITOMYCINUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 47. | **MITOMYCINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 48. | **MITOMYCINUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 49. | **MITOMYCINUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 50. | **MITOMYCINUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 51. | **MITOMYCINUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 52. | **MITOMYCINUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 53. | **MITOMYCINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 54. | **MITOMYCINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 55. | **MITOMYCINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 56. | **MITOMYCINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 57. | **MITOMYCINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 58. | **MITOMYCINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 59. | **MITOMYCINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 60. | **MITOMYCINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 61. | **MITOMYCINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 62. | **MITOMYCINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 63. | **MITOMYCINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 64. | **MITOMYCINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 65. | **MITOMYCINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 66. | **MITOMYCINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 67. | **MITOMYCINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 68. | **MITOMYCINUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 69. | **MITOMYCINUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 70. | **MITOMYCINUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 71. | **MITOMYCINUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 72. | **MITOMYCINUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 73. | **MITOMYCINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 74. | **MITOMYCINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 75. | **MITOMYCINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 76. | **MITOMYCINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 77. | **MITOMYCINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 78. | **MITOMYCINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 79. | **MITOMYCINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 80. | **MITOMYCINUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 81. | **MITOMYCINUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 82. | **MITOMYCINUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 83. | **MITOMYCINUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 84. | **MITOMYCINUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOSLIWY INNYCH I NIEOKRESLONYCH CZĘSCI TWARZY |
| 85. | **MITOMYCINUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 86. | **MITOMYCINUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 87. | **MITOMYCINUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 88. | **MITOMYCINUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 89. | **MITOMYCINUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOSLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKRESLONE GRANICE |
| 90. | **MITOMYCINUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 91. | **MITOMYCINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 92. | **MITOMYCINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 93. | **MITOMYCINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 94. | **MITOMYCINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 95. | **MITOMYCINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 96. | **MITOMYCINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 97. | **MITOMYCINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 98. | **MITOMYCINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 99. | **MITOMYCINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 100. | **MITOMYCINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 101. | **MITOMYCINUM** | C51 | RAK SROMU |
| 102. | **MITOMYCINUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 103. | **MITOMYCINUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 104. | **MITOMYCINUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 105. | **MITOMYCINUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 106. | **MITOMYCINUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 107. | **MITOMYCINUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 108. | **MITOMYCINUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 109. | **MITOMYCINUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 110. | **MITOMYCINUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 111. | **MITOMYCINUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 112. | **MITOMYCINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 113. | **MITOMYCINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 114. | **MITOMYCINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 115. | **MITOMYCINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 116. | **MITOMYCINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 117. | **MITOMYCINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 118. | **MITOMYCINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 119. | **MITOMYCINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 120. | **MITOMYCINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 121. | **MITOMYCINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 122. | **MITOMYCINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 123. | **MITOMYCINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.43.

## MITOTANUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **MITOTANUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 2. | **MITOTANUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 3. | **MITOTANUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 4. | **MITOTANUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 5. | **MITOTANUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 6. | **MITOTANUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 7. | **MITOTANUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 8. | **MITOTANUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 9. | **MITOTANUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 10. | **MITOTANUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 11. | **MITOTANUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 12. | **MITOTANUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 13. | **MITOTANUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.45.a.

**OCTREOTIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **OCTREOTIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 2. | **OCTREOTIDUM** | C16.0 | WPUST |
| 3. | **OCTREOTIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 4. | **OCTREOTIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 5. | **OCTREOTIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 6. | **OCTREOTIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 7. | **OCTREOTIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 8. | **OCTREOTIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 9. | **OCTREOTIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 10. | **OCTREOTIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 11. | **OCTREOTIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 12. | **OCTREOTIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 13. | **OCTREOTIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 14. | **OCTREOTIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 15. | **OCTREOTIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 16. | **OCTREOTIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 17. | **OCTREOTIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 18. | **OCTREOTIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 19. | **OCTREOTIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 20. | **OCTREOTIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 21. | **OCTREOTIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 22. | **OCTREOTIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 23. | **OCTREOTIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 24. | **OCTREOTIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 25. | **OCTREOTIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 26. | **OCTREOTIDUM** | C18.7 | ESICA |
| 27. | **OCTREOTIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 28. | **OCTREOTIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 29. | **OCTREOTIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 30. | **OCTREOTIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 31. | **OCTREOTIDUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 32. | **OCTREOTIDUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 33. | **OCTREOTIDUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 34. | **OCTREOTIDUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 35. | **OCTREOTIDUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 36. | **OCTREOTIDUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 37. | **OCTREOTIDUM** | C25.7 | INNA CZĘŚC TRZUSTKI |
| 38. | **OCTREOTIDUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 39. | **OCTREOTIDUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 40. | **OCTREOTIDUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 41. | **OCTREOTIDUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 42. | **OCTREOTIDUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 43. | **OCTREOTIDUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 44. | **OCTREOTIDUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 45. | **OCTREOTIDUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 46. | **OCTREOTIDUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 47. | **OCTREOTIDUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 48. | **OCTREOTIDUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 49. | **OCTREOTIDUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 50. | **OCTREOTIDUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 51. | **OCTREOTIDUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 52. | **OCTREOTIDUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 53. | **OCTREOTIDUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 54. | **OCTREOTIDUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 55. | **OCTREOTIDUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 56. | **OCTREOTIDUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 57. | **OCTREOTIDUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 58. | **OCTREOTIDUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 59. | **OCTREOTIDUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 60. | **OCTREOTIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 61. | **OCTREOTIDUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 62. | **OCTREOTIDUM** | E34.0 | ZESPÓŁ RAKOWIAKA |
| 63. | **OCTREOTIDUM** | E34.1 | INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO |
| 64. | **OCTREOTIDUM** | E34.2 | EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE |
| 65. | **OCTREOTIDUM** | E34.8 | INNE OKRESLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE<br>*z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii* |
| 66. | **OCTREOTIDUM** | E34.9 | ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.45.b.

**OCTREOTIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **OCTREOTIDUM** | D44.3 | PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO)<br>w przypadku<br>guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma |

Załącznik C.46.

**OXALIPLATINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **OXALIPLATINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 2. | **OXALIPLATINUM** | C16.0 | WPUST |
| 3. | **OXALIPLATINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 4. | **OXALIPLATINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 5. | **OXALIPLATINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 6. | **OXALIPLATINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 7. | **OXALIPLATINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 8. | **OXALIPLATINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 9. | **OXALIPLATINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 10. | **OXALIPLATINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 11. | **OXALIPLATINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 12. | **OXALIPLATINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 13. | **OXALIPLATINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 14. | **OXALIPLATINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 15. | **OXALIPLATINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 16. | **OXALIPLATINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 17. | **OXALIPLATINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 18. | **OXALIPLATINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 19. | **OXALIPLATINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 20. | **OXALIPLATINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21. | **OXALIPLATINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 22. | **OXALIPLATINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 23. | **OXALIPLATINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 24. | **OXALIPLATINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 25. | **OXALIPLATINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 26. | **OXALIPLATINUM** | C18.7 | ESICA |
| 27. | **OXALIPLATINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 28. | **OXALIPLATINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 29. | **OXALIPLATINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 30. | **OXALIPLATINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 31. | **OXALIPLATINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 32. | **OXALIPLATINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 33. | **OXALIPLATINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 34. | **OXALIPLATINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 35. | **OXALIPLATINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 36. | **OXALIPLATINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 37. | **OXALIPLATINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 38. | **OXALIPLATINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 39. | **OXALIPLATINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 40. | **OXALIPLATINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 41. | **OXALIPLATINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 42. | **OXALIPLATINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 43. | **OXALIPLATINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 44. | **OXALIPLATINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 45. | **OXALIPLATINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 46. | **OXALIPLATINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 47. | **OXALIPLATINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 48. | **OXALIPLATINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.47.

**PACLITAXELUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **PACLITAXELUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | **PACLITAXELUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | **PACLITAXELUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | **PACLITAXELUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | **PACLITAXELUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | **PACLITAXELUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | **PACLITAXELUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | **PACLITAXELUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | **PACLITAXELUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | **PACLITAXELUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | **PACLITAXELUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | **PACLITAXELUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | **PACLITAXELUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | **PACLITAXELUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | **PACLITAXELUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | **PACLITAXELUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | **PACLITAXELUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | **PACLITAXELUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | **PACLITAXELUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20. | **PACLITAXELUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21. | **PACLITAXELUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22. | **PACLITAXELUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23. | **PACLITAXELUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | **PACLITAXELUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | **PACLITAXELUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | **PACLITAXELUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | **PACLITAXELUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | **PACLITAXELUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | **PACLITAXELUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | **PACLITAXELUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | **PACLITAXELUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | **PACLITAXELUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | **PACLITAXELUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | **PACLITAXELUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | **PACLITAXELUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | **PACLITAXELUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | **PACLITAXELUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | **PACLITAXELUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | **PACLITAXELUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | **PACLITAXELUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | **PACLITAXELUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | **PACLITAXELUM** | 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. | **PACLITAXELUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | **PACLITAXELUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | **PACLITAXELUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | **PACLITAXELUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | **PACLITAXELUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | **PACLITAXELUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | **PACLITAXELUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | **PACLITAXELUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | **PACLITAXELUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | **PACLITAXELUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | **PACLITAXELUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | **PACLITAXELUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | **PACLITAXELUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | **PACLITAXELUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | **PACLITAXELUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58. | **PACLITAXELUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | **PACLITAXELUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | **PACLITAXELUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | **PACLITAXELUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | **PACLITAXELUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | **PACLITAXELUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | **PACLITAXELUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | **PACLITAXELUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ ) |
| 66. | **PACLITAXELUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67. | **PACLITAXELUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO |
| 68. | **PACLITAXELUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | **PACLITAXELUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | **PACLITAXELUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | **PACLITAXELUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | **PACLITAXELUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | **PACLITAXELUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **PACLITAXELUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | **PACLITAXELUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76. | **PACLITAXELUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | **PACLITAXELUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | **PACLITAXELUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘSC PRZEŁYKU<br>*w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego* |
| 79. | **PACLITAXELUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘSC PRZEŁYKU<br>*w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego* |
| 80. | **PACLITAXELUM** | C15.4 | SRODKOWA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU<br>*w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego* |
| 81. | **PACLITAXELUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU<br>*w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego* |
| 82. | **PACLITAXELUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 83. | **PACLITAXELUM** | C16.0 | WPUST<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 84. | **PACLITAXELUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 85. | **PACLITAXELUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 86. | **PACLITAXELUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 87. | **PACLITAXELUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 88. | **PACLITAXELUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 89. | **PACLITAXELUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 90. | **PACLITAXELUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 91. | **PACLITAXELUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 92. | **PACLITAXELUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 93. | **PACLITAXELUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 94. | **PACLITAXELUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 95. | **PACLITAXELUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 96. | **PACLITAXELUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 97. | **PACLITAXELUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 98. | **PACLITAXELUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 99. | **PACLITAXELUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 100. | **PACLITAXELUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 101. | **PACLITAXELUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 102. | **PACLITAXELUM** | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |
| 103. | **PACLITAXELUM** | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 104. | **PACLITAXELUM** | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 105. | **PACLITAXELUM** | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 106. | **PACLITAXELUM** | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 107. | **PACLITAXELUM** | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 108. | **PACLITAXELUM** | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 109. | **PACLITAXELUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 110. | **PACLITAXELUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 111. | **PACLITAXELUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 112. | **PACLITAXELUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 113. | **PACLITAXELUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 114. | **PACLITAXELUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 115. | **PACLITAXELUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 116. | **PACLITAXELUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 117. | **PACLITAXELUM** | C38.0 | SERCE |
| 118. | **PACLITAXELUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 119. | **PACLITAXELUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 120. | **PACLITAXELUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 121. | **PACLITAXELUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 122. | **PACLITAXELUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 123. | **PACLITAXELUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 124. | **PACLITAXELUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 125. | **PACLITAXELUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 126. | **PACLITAXELUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 127. | **PACLITAXELUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 128. | **PACLITAXELUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 129. | **PACLITAXELUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 130. | **PACLITAXELUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 131. | **PACLITAXELUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 132. | **PACLITAXELUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 133. | **PACLITAXELUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 134. | **PACLITAXELUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI' EGO |
| 135. | **PACLITAXELUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY |
| 136. | **PACLITAXELUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 137. | **PACLITAXELUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA |
| 138. | **PACLITAXELUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 139. | **PACLITAXELUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 140. | **PACLITAXELUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 141. | **PACLITAXELUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 142. | **PACLITAXELUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 143. | **PACLITAXELUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 144. | **PACLITAXELUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 145. | **PACLITAXELUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 146. | **PACLITAXELUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 147. | **PACLITAXELUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 148. | **PACLITAXELUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 149. | **PACLITAXELUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 150. | **PACLITAXELUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 151. | **PACLITAXELUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 152. | **PACLITAXELUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 153. | **PACLITAXELUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 154. | **PACLITAXELUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 155. | **PACLITAXELUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 156. | **PACLITAXELUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 157. | **PACLITAXELUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 158. | **PACLITAXELUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 159. | **PACLITAXELUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 160. | **PACLITAXELUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 161. | **PACLITAXELUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 162. | **PACLITAXELUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 163. | **PACLITAXELUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 164. | **PACLITAXELUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 165. | **PACLITAXELUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 166. | **PACLITAXELUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 167. | **PACLITAXELUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 168. | **PACLITAXELUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 169. | **PACLITAXELUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 170. | **PACLITAXELUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY |
| 171. | **PACLITAXELUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 172. | **PACLITAXELUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 173. | **PACLITAXELUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 174. | **PACLITAXELUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 175. | **PACLITAXELUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 176. | **PACLITAXELUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 177. | **PACLITAXELUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 178. | **PACLITAXELUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 179. | **PACLITAXELUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 180. | **PACLITAXELUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 181. | **PACLITAXELUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 182. | **PACLITAXELUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 183. | **PACLITAXELUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 184. | **PACLITAXELUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 185. | **PACLITAXELUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 186. | **PACLITAXELUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 187. | **PACLITAXELUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 188. | **PACLITAXELUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 189. | **PACLITAXELUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku* miejscowo *zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 190. | **PACLITAXELUM** | C60.0 | NAPLETEK<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | *zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 191. | **PACLITAXELUM** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 192. | **PACLITAXELUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 193. | **PACLITAXELUM** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 194. | **PACLITAXELUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 195. | **PACLITAXELUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 196. | **PACLITAXELUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 197. | **PACLITAXELUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 198. | **PACLITAXELUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 199. | **PACLITAXELUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 200. | **PACLITAXELUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 201. | **PACLITAXELUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 202. | **PACLITAXELUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 203. | **PACLITAXELUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 204. | **PACLITAXELUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 205. | **PACLITAXELUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 206. | **PACLITAXELUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 207. | **PACLITAXELUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 208. | **PACLITAXELUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 209. | **PACLITAXELUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 210. | **PACLITAXELUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 211. | **PACLITAXELUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 212. | **PACLITAXELUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 213. | **PACLITAXELUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 214. | **PACLITAXELUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 215. | **PACLITAXELUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 216. | **PACLITAXELUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 217. | **PACLITAXELUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 218. | **PACLITAXELUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 219. | **PACLITAXELUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 220. | **PACLITAXELUM** | D39.2 | CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA |

Załącznik C.48.

## PEGASPARGASUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **PEGASPARGASUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 2. | **PEGASPARGASUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 3. | **PEGASPARGASUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 4. | **PEGASPARGASUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 5. | **PEGASPARGASUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 6. | **PEGASPARGASUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 7. | **PEGASPARGASUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 8. | **PEGASPARGASUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 9. | **PEGASPARGASUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 10. | **PEGASPARGASUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 11. | **PEGASPARGASUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 12. | **PEGASPARGASUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 13. | **PEGASPARGASUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 14. | **PEGASPARGASUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 15. | **PEGASPARGASUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 16. | **PEGASPARGASUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 17. | **PEGASPARGASUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 18. | **PEGASPARGASUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19. | **PEGASPARGASUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 20. | **PEGASPARGASUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 21. | **PEGASPARGASUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 22. | **PEGASPARGASUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 23. | **PEGASPARGASUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 24. | **PEGASPARGASUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 25. | **PEGASPARGASUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 26. | **PEGASPARGASUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 27. | **PEGASPARGASUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 28. | **PEGASPARGASUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 29. | **PEGASPARGASUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 30. | **PEGASPARGASUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 31. | **PEGASPARGASUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 32. | **PEGASPARGASUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 33. | **PEGASPARGASUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 34. | **PEGASPARGASUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 35. | **PEGASPARGASUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 36. | **PEGASPARGASUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 37. | **PEGASPARGASUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 38. | **PEGASPARGASUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 39. | **PEGASPARGASUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 40. | **PEGASPARGASUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 41. | **PEGASPARGASUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 42. | **PEGASPARGASUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43. | **PEGASPARGASUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 44. | **PEGASPARGASUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 45. | **PEGASPARGASUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 46. | **PEGASPARGASUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 47. | **PEGASPARGASUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.49.

**PEMETREKSED**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **PEMETREKSED** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych* |
| 2. | **PEMETREKSED** | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |

Załącznik C.51.

**RITUXIMABUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **RITUXIMABUM** | C81.0 | CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 2. | **RITUXIMABUM** | C82.0 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM |
| 3. | **RITUXIMABUM** | C82.1 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK |
| 4. | **RITUXIMABUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO) |
| 5. | **RITUXIMABUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY |
| 6. | **RITUXIMABUM** | C83.0 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK |
| 7. | **RITUXIMABUM** | C83.1 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM |
| 8. | **RITUXIMABUM** | C83.2 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK |
| 9. | **RITUXIMABUM** | C83.3 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY |
| 10. | **RITUXIMABUM** | C83.4 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY |
| 11. | **RITUXIMABUM** | C83.5 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY |
| 12. | **RITUXIMABUM** | C83.6 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY |
| 13. | **RITUXIMABUM** | C83.7 | GUZ BURKITTA |
| 14. | **RITUXIMABUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 15. | **RITUXIMABUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 16. | **RITUXIMABUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 17. | **RITUXIMABUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 18. | **RITUXIMABUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 19. | **RITUXIMABUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 20. | **RITUXIMABUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 21. | **RITUXIMABUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22. | **RITUXIMABUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 23. | **RITUXIMABUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 24. | **RITUXIMABUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 25. | **RITUXIMABUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 26. | **RITUXIMABUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 27. | **RITUXIMABUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 28. | **RITUXIMABUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 29. | **RITUXIMABUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 30. | **RITUXIMABUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 31. | **RITUXIMABUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.52.

**TAMOXIFENUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TAMOXIFENUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 2. | **TAMOXIFENUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 3. | **TAMOXIFENUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 4. | **TAMOXIFENUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 5. | **TAMOXIFENUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 6. | **TAMOXIFENUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 7. | **TAMOXIFENUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 8. | **TAMOXIFENUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 9. | **TAMOXIFENUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 10. | **TAMOXIFENUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 11. | **TAMOXIFENUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 12. | **TAMOXIFENUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 13. | **TAMOXIFENUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 14. | **TAMOXIFENUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 15. | **TAMOXIFENUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 16. | **TAMOXIFENUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 17. | **TAMOXIFENUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 18. | **TAMOXIFENUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19. | **TAMOXIFENUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 20. | **TAMOXIFENUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 21. | **TAMOXIFENUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 22. | **TAMOXIFENUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 23. | **TAMOXIFENUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 24. | **TAMOXIFENUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 25. | **TAMOXIFENUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 26. | **TAMOXIFENUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 27. | **TAMOXIFENUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 28. | **TAMOXIFENUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 29. | **TAMOXIFENUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 30. | **TAMOXIFENUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 31. | **TAMOXIFENUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 32. | **TAMOXIFENUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 33. | **TAMOXIFENUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 34. | **TAMOXIFENUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 35. | **TAMOXIFENUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 36. | **TAMOXIFENUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 37. | **TAMOXIFENUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 38. | **TAMOXIFENUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 39. | **TAMOXIFENUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 40. | **TAMOXIFENUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 41. | **TAMOXIFENUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 42. | **TAMOXIFENUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43. | **TAMOXIFENUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 44. | **TAMOXIFENUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 45. | **TAMOXIFENUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 46. | **TAMOXIFENUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 47. | **TAMOXIFENUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 48. | **TAMOXIFENUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 49. | **TAMOXIFENUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 50. | **TAMOXIFENUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 51. | **TAMOXIFENUM** | Q85.0 | NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA |
| 52. | **TAMOXIFENUM** | Q85.1 | STWARDNIENIE GUZOWATE |
| 53. | **TAMOXIFENUM** | Q85.8 | INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ |
| 54. | **TAMOXIFENUM** | Q85.9 | FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.55.

**THIOTEPUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **THIOTEPUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 2. | **THIOTEPUM** | C38.0 | SERCE |
| 3. | **THIOTEPUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 4. | **THIOTEPUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 5. | **THIOTEPUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 6. | **THIOTEPUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 7. | **THIOTEPUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 8. | **THIOTEPUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 9. | **THIOTEPUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 10. | **THIOTEPUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 11. | **THIOTEPUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 12. | **THIOTEPUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 13. | **THIOTEPUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 14. | **THIOTEPUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 15. | **THIOTEPUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 16. | **THIOTEPUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 17. | **THIOTEPUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 18. | **THIOTEPUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19. | **THIOTEPUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 20. | **THIOTEPUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 21. | **THIOTEPUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 22. | **THIOTEPUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 23. | **THIOTEPUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 24. | **THIOTEPUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 25. | **THIOTEPUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 26. | **THIOTEPUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 27. | **THIOTEPUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 28. | **THIOTEPUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 29. | **THIOTEPUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 30. | **THIOTEPUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 31. | **THIOTEPUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 32. | **THIOTEPUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 33. | **THIOTEPUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 34. | **THIOTEPUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 35. | **THIOTEPUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 36. | **THIOTEPUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 37. | **THIOTEPUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 38. | **THIOTEPUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 39. | **THIOTEPUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 40. | **THIOTEPUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 41. | **THIOTEPUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 42. | **THIOTEPUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 43. | **THIOTEPUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 44. | **THIOTEPUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 45. | **THIOTEPUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 46. | **THIOTEPUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 47. | **THIOTEPUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 48. | **THIOTEPUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 49. | **THIOTEPUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 50. | **THIOTEPUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 51. | **THIOTEPUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 52. | **THIOTEPUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 53. | **THIOTEPUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 54. | **THIOTEPUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 55. | **THIOTEPUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 56. | **THIOTEPUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 57. | **THIOTEPUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 58. | **THIOTEPUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 59. | **THIOTEPUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 60. | **THIOTEPUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 61. | **THIOTEPUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 62. | **THIOTEPUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 63. | **THIOTEPUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 64. | **THIOTEPUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 65. | **THIOTEPUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 66. | **THIOTEPUM** | C74.9 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY (NADNERCZE NIEOKREŚLONE) |
| 67. | **THIOTEPUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 68. | **THIOTEPUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 69. | **THIOTEPUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 70. | **THIOTEPUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 71. | **THIOTEPUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 72. | **THIOTEPUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 73. | **THIOTEPUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **THIOTEPUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 75. | **THIOTEPUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 76. | **THIOTEPUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 77. | **THIOTEPUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 78. | **THIOTEPUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 79. | **THIOTEPUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 80. | **THIOTEPUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 81. | **THIOTEPUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 82. | **THIOTEPUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 83. | **THIOTEPUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 84. | **THIOTEPUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 85. | **THIOTEPUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 86. | **THIOTEPUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 87. | **THIOTEPUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 88. | **THIOTEPUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 89. | **THIOTEPUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 90. | **THIOTEPUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 91. | **THIOTEPUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 92. | **THIOTEPUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 93. | **THIOTEPUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 94. | **THIOTEPUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 95. | **THIOTEPUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 96. | **THIOTEPUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 97. | **THIOTEPUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 98. | **THIOTEPUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 99. | **THIOTEPUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 100. | **THIOTEPUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 101. | **THIOTEPUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 102. | **THIOTEPUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.56.

**TIOGUANINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TIOGUANINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 2. | **TIOGUANINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 3. | **TIOGUANINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 4. | **TIOGUANINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 5. | **TIOGUANINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 6. | **TIOGUANINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 7. | **TIOGUANINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 8. | **TIOGUANINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 9. | **TIOGUANINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 10. | **TIOGUANINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 11. | **TIOGUANINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 12. | **TIOGUANINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 13. | **TIOGUANINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 14. | **TIOGUANINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 15. | **TIOGUANINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 16. | **TIOGUANINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 17. | **TIOGUANINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 18. | **TIOGUANINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19. | **TIOGUANINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 20. | **TIOGUANINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 21. | **TIOGUANINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 22. | **TIOGUANINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 23. | **TIOGUANINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 24. | **TIOGUANINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 25. | **TIOGUANINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 26. | **TIOGUANINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 27. | **TIOGUANINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 28. | **TIOGUANINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 29. | **TIOGUANINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 30. | **TIOGUANINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 31. | **TIOGUANINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 32. | **TIOGUANINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 33. | **TIOGUANINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 34. | **TIOGUANINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 35. | **TIOGUANINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 36. | **TIOGUANINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 37. | **TIOGUANINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 38. | **TIOGUANINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 39. | **TIOGUANINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 40. | **TIOGUANINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 41. | **TIOGUANINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 42. | **TIOGUANINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43. | **TIOGUANINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 44. | **TIOGUANINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 45. | **TIOGUANINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 46. | **TIOGUANINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 47. | **TIOGUANINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 48. | **TIOGUANINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 49. | **TIOGUANINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 50. | **TIOGUANINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 51. | **TIOGUANINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 52. | **TIOGUANINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 53. | **TIOGUANINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54. | **TIOGUANINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 55. | **TIOGUANINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 56. | **TIOGUANINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 57. | **TIOGUANINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 58. | **TIOGUANINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 59. | **TIOGUANINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 60. | **TIOGUANINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 61. | **TIOGUANINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 62. | **TIOGUANINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 63. | **TIOGUANINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 64. | **TIOGUANINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 65. | **TIOGUANINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 66. | **TIOGUANINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67. | **TIOGUANINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 68. | **TIOGUANINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 69. | **TIOGUANINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 70. | **TIOGUANINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 71. | **TIOGUANINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 72. | **TIOGUANINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 73. | **TIOGUANINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 74. | **TIOGUANINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 75. | **TIOGUANINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 76. | **TIOGUANINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 77. | **TIOGUANINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 78. | **TIOGUANINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 79. | **TIOGUANINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 80. | **TIOGUANINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 81. | **TIOGUANINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 82. | **TIOGUANINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |

Załącznik C.57.1.

**TOPOTECANUM p.o.**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 2. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 3. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 4. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 5. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 6. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 7. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 8. | **TOPOTECANUM doustnie** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOSLIWY JAJNIKA |

Załącznik C.57.2.

**TOPOTECANUM inj.**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 2. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 3. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 4. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 5. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 6. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 7. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 8. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 9. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.0 | SERCE |
| 10. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.1 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 11. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 12. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 13. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 14. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 15. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 16. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 17. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 18. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 19. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 21. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 22. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 23. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 24. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 25. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 26. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 27. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 28. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 29. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 30. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 31. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 32. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 33. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 34. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 35. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 36. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 37. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 38. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 39. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 40. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 41. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 42. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 43. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY |
| 44. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 45. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 46. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 47. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 48. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 49. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 50. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.58.

**TRETINOINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TRETINOINUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 2. | **TRETINOINUM** | C38.0 | SERCE |
| 3. | **TRETINOINUM** | C38.1 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 4. | **TRETINOINUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 5. | **TRETINOINUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 6. | **TRETINOINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 7. | **TRETINOINUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 8. | **TRETINOINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 9. | **TRETINOINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 10. | **TRETINOINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 11. | **TRETINOINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 12. | **TRETINOINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 13. | **TRETINOINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 14. | **TRETINOINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 15. | **TRETINOINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 16. | **TRETINOINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 17. | **TRETINOINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 18. | **TRETINOINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 19. | **TRETINOINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 20. | **TRETINOINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 21. | **TRETINOINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 22. | **TRETINOINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. | **TRETINOINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 24. | **TRETINOINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |

Załącznik C.61.

**VINCRISTINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **VINCRISTINUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | **VINCRISTINUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | **VINCRISTINUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | **VINCRISTINUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | **VINCRISTINUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | **VINCRISTINUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | **VINCRISTINUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | **VINCRISTINUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | **VINCRISTINUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | **VINCRISTINUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | **VINCRISTINUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | **VINCRISTINUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | **VINCRISTINUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | **VINCRISTINUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | **VINCRISTINUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | **VINCRISTINUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | **VINCRISTINUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | **VINCRISTINUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | **VINCRISTINUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20. | **VINCRISTINUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21. | **VINCRISTINUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22. | **VINCRISTINUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23. | **VINCRISTINUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | **VINCRISTINUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | **VINCRISTINUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | **VINCRISTINUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | **VINCRISTINUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | **VINCRISTINUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | **VINCRISTINUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | **VINCRISTINUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | **VINCRISTINUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | **VINCRISTINUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | **VINCRISTINUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | **VINCRISTINUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | **VINCRISTINUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | **VINCRISTINUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | **VINCRISTINUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | **VINCRISTINUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | **VINCRISTINUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | **VINCRISTINUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | **VINCRISTINUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | **VINCRISTINUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43. | **VINCRISTINUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | **VINCRISTINUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | **VINCRISTINUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | **VINCRISTINUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | **VINCRISTINUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | **VINCRISTINUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | **VINCRISTINUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | **VINCRISTINUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | **VINCRISTINUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | **VINCRISTINUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | **VINCRISTINUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | **VINCRISTINUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | **VINCRISTINUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | **VINCRISTINUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | **VINCRISTINUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58. | **VINCRISTINUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | **VINCRISTINUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | **VINCRISTINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | **VINCRISTINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | **VINCRISTINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | **VINCRISTINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | **VINCRISTINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | **VINCRISTINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66. | **VINCRISTINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67. | **VINCRISTINUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68. | **VINCRISTINUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | **VINCRISTINUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | **VINCRISTINUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | **VINCRISTINUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | **VINCRISTINUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | **VINCRISTINUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **VINCRISTINUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | **VINCRISTINUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76. | **VINCRISTINUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | **VINCRISTINUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | **VINCRISTINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79. | **VINCRISTINUM** | C16.0 | WPUST |
| 80. | **VINCRISTINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81. | **VINCRISTINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82. | **VINCRISTINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83. | **VINCRISTINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84. | **VINCRISTINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85. | **VINCRISTINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86. | **VINCRISTINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87. | **VINCRISTINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88. | **VINCRISTINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89. | **VINCRISTINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90. | **VINCRISTINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91. | **VINCRISTINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92. | **VINCRISTINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 93. | **VINCRISTINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94. | **VINCRISTINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95. | **VINCRISTINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 96. | **VINCRISTINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97. | **VINCRISTINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98. | **VINCRISTINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99. | **VINCRISTINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100. | **VINCRISTINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101. | **VINCRISTINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102. | **VINCRISTINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103. | **VINCRISTINUM** | C18.7 | ESICA |
| 104. | **VINCRISTINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105. | **VINCRISTINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106. | **VINCRISTINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107. | **VINCRISTINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108. | **VINCRISTINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109. | **VINCRISTINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110. | **VINCRISTINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111. | **VINCRISTINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112. | **VINCRISTINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113. | **VINCRISTINUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114. | **VINCRISTINUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115. | **VINCRISTINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116. | **VINCRISTINUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117. | **VINCRISTINUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118. | **VINCRISTINUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119. | **VINCRISTINUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120. | **VINCRISTINUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 121. | **VINCRISTINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 122. | **VINCRISTINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 123. | **VINCRISTINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 124. | **VINCRISTINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125. | **VINCRISTINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 126. | **VINCRISTINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127. | **VINCRISTINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128. | **VINCRISTINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129. | **VINCRISTINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 130. | **VINCRISTINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131. | **VINCRISTINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132. | **VINCRISTINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133. | **VINCRISTINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134. | **VINCRISTINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135. | **VINCRISTINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136. | **VINCRISTINUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 137. | **VINCRISTINUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138. | **VINCRISTINUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139. | **VINCRISTINUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140. | **VINCRISTINUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141. | **VINCRISTINUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142. | **VINCRISTINUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143. | **VINCRISTINUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144. | **VINCRISTINUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145. | **VINCRISTINUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 146. | **VINCRISTINUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147. | **VINCRISTINUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148. | **VINCRISTINUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149. | **VINCRISTINUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150. | **VINCRISTINUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151. | **VINCRISTINUM** | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |
| 152. | **VINCRISTINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 153. | **VINCRISTINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 154. | **VINCRISTINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 155. | **VINCRISTINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 156. | **VINCRISTINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 157. | **VINCRISTINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 158. | **VINCRISTINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 159. | **VINCRISTINUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 160. | **VINCRISTINUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 161. | **VINCRISTINUM** | C38.0 | SERCE |
| 162. | **VINCRISTINUM** | C38.1 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 163. | **VINCRISTINUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 164. | **VINCRISTINUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 165. | **VINCRISTINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 166. | **VINCRISTINUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 167. | **VINCRISTINUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 168. | **VINCRISTINUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 169. | **VINCRISTINUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 170. | **VINCRISTINUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 171. | **VINCRISTINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 172. | **VINCRISTINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 173. | **VINCRISTINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 174. | **VINCRISTINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 175. | **VINCRISTINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 176. | **VINCRISTINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 177. | **VINCRISTINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 178. | **VINCRISTINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 179. | **VINCRISTINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 180. | **VINCRISTINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 181. | **VINCRISTINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 182. | **VINCRISTINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 183. | **VINCRISTINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 184. | **VINCRISTINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 185. | **VINCRISTINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 186. | **VINCRISTINUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 187. | **VINCRISTINUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 188. | **VINCRISTINUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 189. | **VINCRISTINUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 190. | **VINCRISTINUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 191. | **VINCRISTINUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 192. | **VINCRISTINUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 193. | **VINCRISTINUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 194. | **VINCRISTINUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 195. | **VINCRISTINUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 196. | **VINCRISTINUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 197. | **VINCRISTINUM** | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 198. | **VINCRISTINUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 199. | **VINCRISTINUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 200. | **VINCRISTINUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 201. | **VINCRISTINUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 202. | **VINCRISTINUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 203. | **VINCRISTINUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 204. | **VINCRISTINUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 205. | **VINCRISTINUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 206. | **VINCRISTINUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 207. | **VINCRISTINUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 208. | **VINCRISTINUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 209. | **VINCRISTINUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 210. | **VINCRISTINUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 211. | **VINCRISTINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 212. | **VINCRISTINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 213. | **VINCRISTINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 214. | **VINCRISTINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 215. | **VINCRISTINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 216. | **VINCRISTINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 217. | **VINCRISTINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 218. | **VINCRISTINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 219. | **VINCRISTINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 220. | **VINCRISTINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 221. | **VINCRISTINUM** | C48. | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 222. | **VINCRISTINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 223. | **VINCRISTINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 224. | **VINCRISTINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 225. | **VINCRISTINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 226. | **VINCRISTINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 227. | **VINCRISTINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 228. | **VINCRISTINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 229. | **VINCRISTINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 230. | **VINCRISTINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 231. | **VINCRISTINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 232. | **VINCRISTINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 233. | **VINCRISTINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 234. | **VINCRISTINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 235. | **VINCRISTINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 236. | **VINCRISTINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 237. | **VINCRISTINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 238. | **VINCRISTINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 239. | **VINCRISTINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 240. | **VINCRISTINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 241. | **VINCRISTINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 242. | **VINCRISTINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 243. | **VINCRISTINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 244. | **VINCRISTINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 245. | **VINCRISTINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 246. | **VINCRISTINUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 247. | **VINCRISTINUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 248. | **VINCRISTINUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 249. | **VINCRISTINUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 250. | **VINCRISTINUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 251. | **VINCRISTINUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 252. | **VINCRISTINUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 253. | **VINCRISTINUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 254. | **VINCRISTINUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 255. | **VINCRISTINUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 256. | **VINCRISTINUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 257. | **VINCRISTINUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 258. | **VINCRISTINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 259. | **VINCRISTINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 260. | **VINCRISTINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 261. | **VINCRISTINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 262. | **VINCRISTINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 263. | **VINCRISTINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 264. | **VINCRISTINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 265. | **VINCRISTINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 266. | **VINCRISTINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 267. | **VINCRISTINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 268. | **VINCRISTINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 269. | **VINCRISTINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 270. | **VINCRISTINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 271. | **VINCRISTINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 272. | **VINCRISTINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 273. | **VINCRISTINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 274. | **VINCRISTINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 275. | **VINCRISTINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 276. | **VINCRISTINUM** | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 277. | **VINCRISTINUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 278. | **VINCRISTINUM** | C60.0 | NAPLETEK |
| 279. | **VINCRISTINUM** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 280. | **VINCRISTINUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 281. | **VINCRISTINUM** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 282. | **VINCRISTINUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 283. | **VINCRISTINUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 284. | **VINCRISTINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 285. | **VINCRISTINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 286. | **VINCRISTINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 287. | **VINCRISTINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 288. | **VINCRISTINUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 289. | **VINCRISTINUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 290. | **VINCRISTINUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 291. | **VINCRISTINUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 292. | **VINCRISTINUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 293. | **VINCRISTINUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 294. | **VINCRISTINUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 295. | **VINCRISTINUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 296. | **VINCRISTINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 297. | **VINCRISTINUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 298. | **VINCRISTINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 299. | **VINCRISTINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 300. | **VINCRISTINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 301. | **VINCRISTINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302. | **VINCRISTINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 303. | **VINCRISTINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 304. | **VINCRISTINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 305. | **VINCRISTINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 306. | **VINCRISTINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 307. | **VINCRISTINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 308. | **VINCRISTINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 309. | **VINCRISTINUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 310. | **VINCRISTINUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 311. | **VINCRISTINUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 312. | **VINCRISTINUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 313. | **VINCRISTINUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 314. | **VINCRISTINUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 315. | **VINCRISTINUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 316. | **VINCRISTINUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 317. | **VINCRISTINUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 318. | **VINCRISTINUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 319. | **VINCRISTINUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 320. | **VINCRISTINUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 321. | **VINCRISTINUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 322. | **VINCRISTINUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 323. | **VINCRISTINUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 324. | **VINCRISTINUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 325. | **VINCRISTINUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 326. | **VINCRISTINUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 327. | **VINCRISTINUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 328. | **VINCRISTINUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 329. | **VINCRISTINUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 330. | **VINCRISTINUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 331. | **VINCRISTINUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 332. | **VINCRISTINUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 333. | **VINCRISTINUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 334. | **VINCRISTINUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 335. | **VINCRISTINUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 336. | **VINCRISTINUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 337. | **VINCRISTINUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 338. | **VINCRISTINUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 339. | **VINCRISTINUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 340. | **VINCRISTINUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 341. | **VINCRISTINUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 342. | **VINCRISTINUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 343. | **VINCRISTINUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 344. | **VINCRISTINUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 345. | **VINCRISTINUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 346. | **VINCRISTINUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 347. | **VINCRISTINUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 348. | **VINCRISTINUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 349. | **VINCRISTINUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 350. | **VINCRISTINUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 351. | **VINCRISTINUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 352. | **VINCRISTINUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 353. | **VINCRISTINUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 354. | **VINCRISTINUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 355. | **VINCRISTINUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 356. | **VINCRISTINUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 357. | **VINCRISTINUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 358. | **VINCRISTINUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 359. | **VINCRISTINUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 360. | **VINCRISTINUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 361. | **VINCRISTINUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 362. | **VINCRISTINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 363. | **VINCRISTINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 364. | **VINCRISTINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 365. | **VINCRISTINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 366. | **VINCRISTINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 367. | **VINCRISTINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 368. | **VINCRISTINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 369. | **VINCRISTINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 370. | **VINCRISTINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 371. | **VINCRISTINUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 372. | **VINCRISTINUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 373. | **VINCRISTINUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 374. | **VINCRISTINUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 375. | **VINCRISTINUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 376. | **VINCRISTINUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 377. | **VINCRISTINUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 378. | **VINCRISTINUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 379. | **VINCRISTINUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 380. | **VINCRISTINUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 381. | **VINCRISTINUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 382. | **VINCRISTINUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 383. | **VINCRISTINUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 384. | **VINCRISTINUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 385. | **VINCRISTINUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 386. | **VINCRISTINUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 387. | **VINCRISTINUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 388. | **VINCRISTINUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 389. | **VINCRISTINUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 390. | **VINCRISTINUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 391. | **VINCRISTINUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 392. | **VINCRISTINUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 393. | **VINCRISTINUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 394. | **VINCRISTINUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 395. | **VINCRISTINUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 396. | **VINCRISTINUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 397. | **VINCRISTINUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 398. | **VINCRISTINUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 399. | **VINCRISTINUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 400. | **VINCRISTINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 401. | **VINCRISTINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 402. | **VINCRISTINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 403. | **VINCRISTINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 404. | **VINCRISTINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 405. | **VINCRISTINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 406. | **VINCRISTINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 407. | **VINCRISTINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 408. | **VINCRISTINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 409. | **VINCRISTINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 410. | **VINCRISTINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 411. | **VINCRISTINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 412. | **VINCRISTINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 413. | **VINCRISTINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 414. | **VINCRISTINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 415. | **VINCRISTINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 416. | **VINCRISTINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 417. | **VINCRISTINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 418. | **VINCRISTINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 419. | **VINCRISTINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 420. | **VINCRISTINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 421. | **VINCRISTINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 422. | **VINCRISTINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 423. | **VINCRISTINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 424. | **VINCRISTINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 425. | **VINCRISTINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 426. | **VINCRISTINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 427. | **VINCRISTINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 428. | **VINCRISTINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 429. | **VINCRISTINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 430. | **VINCRISTINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 431. | **VINCRISTINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 432. | **VINCRISTINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 433. | **VINCRISTINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 434. | **VINCRISTINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 435. | **VINCRISTINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 436. | **VINCRISTINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 437. | **VINCRISTINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 438. | **VINCRISTINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 439. | **VINCRISTINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 440. | **VINCRISTINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 441. | **VINCRISTINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 442. | **VINCRISTINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 443. | **VINCRISTINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 444. | **VINCRISTINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 445. | **VINCRISTINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 446. | **VINCRISTINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 447. | **VINCRISTINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 448. | **VINCRISTINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 449. | **VINCRISTINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 450. | **VINCRISTINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 451. | **VINCRISTINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 452. | **VINCRISTINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 453. | **VINCRISTINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 454. | **VINCRISTINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 455. | **VINCRISTINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 456. | **VINCRISTINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 457. | **VINCRISTINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 458. | **VINCRISTINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 459. | **VINCRISTINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 460. | **VINCRISTINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 461. | **VINCRISTINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 462. | **VINCRISTINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 463. | **VINCRISTINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 464. | **VINCRISTINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 465. | **VINCRISTINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 466. | **VINCRISTINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 467. | **VINCRISTINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 468. | **VINCRISTINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 469. | **VINCRISTINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 470. | **VINCRISTINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 471. | **VINCRISTINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 472. | **VINCRISTINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 473. | **VINCRISTINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 474. | **VINCRISTINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 475. | **VINCRISTINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 476. | **VINCRISTINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 477. | **VINCRISTINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 478. | **VINCRISTINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 479. | **VINCRISTINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 480. | **VINCRISTINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 481. | **VINCRISTINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 482. | **VINCRISTINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 483. | **VINCRISTINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 484. | **VINCRISTINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 485. | **VINCRISTINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 486. | **VINCRISTINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 487. | **VINCRISTINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 488. | **VINCRISTINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 489. | **VINCRISTINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 490. | **VINCRISTINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 491. | **VINCRISTINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 492. | **VINCRISTINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 493. | **VINCRISTINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 494. | **VINCRISTINUM** | D00.2 | ŻOŁĄDEK |
| 495. | **VINCRISTINUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 496. | **VINCRISTINUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 497. | **VINCRISTINUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 498. | **VINCRISTINUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 499. | **VINCRISTINUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 500. | **VINCRISTINUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 501. | **VINCRISTINUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 502. | **VINCRISTINUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 503. | **VINCRISTINUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 504. | **VINCRISTINUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 505. | **VINCRISTINUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 506. | **VINCRISTINUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 507. | **VINCRISTINUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 508. | **VINCRISTINUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 509. | **VINCRISTINUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 510. | **VINCRISTINUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 511. | **VINCRISTINUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 512. | **VINCRISTINUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 513. | **VINCRISTINUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 514. | **VINCRISTINUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 515. | **VINCRISTINUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 516. | **VINCRISTINUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 517. | **VINCRISTINUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 518. | **VINCRISTINUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 519. | **VINCRISTINUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 520. | **VINCRISTINUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 521. | **VINCRISTINUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 522. | **VINCRISTINUM** | D07.1 | SROM |
| 523. | **VINCRISTINUM** | D07.2 | POCHWA |
| 524. | **VINCRISTINUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 525. | **VINCRISTINUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 526. | **VINCRISTINUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 527. | **VINCRISTINUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 528. | **VINCRISTINUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 529. | **VINCRISTINUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 530. | **VINCRISTINUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 531. | **VINCRISTINUM** | D09.2 | OKO |
| 532. | **VINCRISTINUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 533. | **VINCRISTINUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 534. | **VINCRISTINUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 535. | **VINCRISTINUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 536. | **VINCRISTINUM** | D10.0 | WARGA |
| 537. | **VINCRISTINUM** | D10.1 | JĘZYK |
| 538. | **VINCRISTINUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 539. | **VINCRISTINUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 540. | **VINCRISTINUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 541. | **VINCRISTINUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 542. | **VINCRISTINUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 543. | **VINCRISTINUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 544. | **VINCRISTINUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 545. | **VINCRISTINUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 546. | **VINCRISTINUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 547. | **VINCRISTINUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 548. | **VINCRISTINUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 549. | **VINCRISTINUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 550. | **VINCRISTINUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 551. | **VINCRISTINUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 552. | **VINCRISTINUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 553. | **VINCRISTINUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 554. | **VINCRISTINUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 555. | **VINCRISTINUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 556. | **VINCRISTINUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 557. | **VINCRISTINUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 558. | **VINCRISTINUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 559. | **VINCRISTINUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 560. | **VINCRISTINUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 561. | **VINCRISTINUM** | D13.0 | PRZEŁYK |
| 562. | **VINCRISTINUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 563. | **VINCRISTINUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 564. | **VINCRISTINUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 565. | **VINCRISTINUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 566. | **VINCRISTINUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 567. | **VINCRISTINUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 568. | **VINCRISTINUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 569. | **VINCRISTINUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 570. | **VINCRISTINUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 571. | **VINCRISTINUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 572. | **VINCRISTINUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 573. | **VINCRISTINUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 574. | **VINCRISTINUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 575. | **VINCRISTINUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 576. | **VINCRISTINUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 577. | **VINCRISTINUM** | D15.0 | GRASICA |
| 578. | **VINCRISTINUM** | D15.1 | SERCE |
| 579. | **VINCRISTINUM** | D15.2 | ŚRÓDPIERSIE |
| 580. | **VINCRISTINUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 581. | **VINCRISTINUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 582. | **VINCRISTINUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 583. | **VINCRISTINUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 584. | **VINCRISTINUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 585. | **VINCRISTINUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 586. | **VINCRISTINUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 587. | **VINCRISTINUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 588. | **VINCRISTINUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 589. | **VINCRISTINUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 590. | **VINCRISTINUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 591. | **VINCRISTINUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 592. | **VINCRISTINUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 593. | **VINCRISTINUM** | D18 | NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 594. | **VINCRISTINUM** | D18.0 | NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 595. | **VINCRISTINUM** | D18.1 | NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 596. | **VINCRISTINUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 597. | **VINCRISTINUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 598. | **VINCRISTINUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 599. | **VINCRISTINUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 600. | **VINCRISTINUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 601. | **VINCRISTINUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 602. | **VINCRISTINUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 603. | **VINCRISTINUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 604. | **VINCRISTINUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 605. | **VINCRISTINUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 606. | **VINCRISTINUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 607. | **VINCRISTINUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 608. | **VINCRISTINUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 609. | **VINCRISTINUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 610. | **VINCRISTINUM** | D28.0 | SROM |
| 611. | **VINCRISTINUM** | D28.1 | POCHWA |
| 612. | **VINCRISTINUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 613. | **VINCRISTINUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 614. | **VINCRISTINUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 615. | **VINCRISTINUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 616. | **VINCRISTINUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 617. | **VINCRISTINUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 618. | **VINCRISTINUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 619. | **VINCRISTINUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 620. | **VINCRISTINUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 621. | **VINCRISTINUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 622. | **VINCRISTINUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 623. | **VINCRISTINUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 624. | **VINCRISTINUM** | D30.0 | NERKA |
| 625. | **VINCRISTINUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 626. | **VINCRISTINUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 627. | **VINCRISTINUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 628. | **VINCRISTINUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 629. | **VINCRISTINUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 630. | **VINCRISTINUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 631. | **VINCRISTINUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 632. | **VINCRISTINUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 633. | **VINCRISTINUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 634. | **VINCRISTINUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 635. | **VINCRISTINUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 636. | **VINCRISTINUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 637. | **VINCRISTINUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 638. | **VINCRISTINUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 639. | **VINCRISTINUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 640. | **VINCRISTINUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 641. | **VINCRISTINUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 642. | **VINCRISTINUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 643. | **VINCRISTINUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 644. | **VINCRISTINUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 645. | **VINCRISTINUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 646. | **VINCRISTINUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 647. | **VINCRISTINUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 648. | **VINCRISTINUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 649. | **VINCRISTINUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 650. | **VINCRISTINUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 651. | **VINCRISTINUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 652. | **VINCRISTINUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 653. | **VINCRISTINUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 654. | **VINCRISTINUM** | D35.0 | NADNERCZA |
| 655. | **VINCRISTINUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 656. | **VINCRISTINUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 657. | **VINCRISTINUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 658. | **VINCRISTINUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 659. | **VINCRISTINUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 660. | **VINCRISTINUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 661. | **VINCRISTINUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 662. | **VINCRISTINUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 663. | **VINCRISTINUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 664. | **VINCRISTINUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 665. | **VINCRISTINUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 666. | **VINCRISTINUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 667. | **VINCRISTINUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 668. | **VINCRISTINUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 669. | **VINCRISTINUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 670. | **VINCRISTINUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 671. | **VINCRISTINUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 672. | **VINCRISTINUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 673. | **VINCRISTINUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 674. | **VINCRISTINUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 675. | **VINCRISTINUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 676. | **VINCRISTINUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 677. | **VINCRISTINUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 678. | **VINCRISTINUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 679. | **VINCRISTINUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 680. | **VINCRISTINUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 681. | **VINCRISTINUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 682. | **VINCRISTINUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 683. | **VINCRISTINUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 684. | **VINCRISTINUM** | D38.4 | GRASICA |
| 685. | **VINCRISTINUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 686. | **VINCRISTINUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 687. | **VINCRISTINUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 688. | **VINCRISTINUM** | D39.0 | MACICA |
| 689. | **VINCRISTINUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 690. | **VINCRISTINUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 691. | **VINCRISTINUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 692. | **VINCRISTINUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 693. | **VINCRISTINUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 694. | **VINCRISTINUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 695. | **VINCRISTINUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 696. | **VINCRISTINUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 697. | **VINCRISTINUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 698. | **VINCRISTINUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 699. | **VINCRISTINUM** | D41.0 | NERKA |
| 700. | **VINCRISTINUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 701. | **VINCRISTINUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 702. | **VINCRISTINUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 703. | **VINCRISTINUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 704. | **VINCRISTINUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 705. | **VINCRISTINUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 706. | **VINCRISTINUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 707. | **VINCRISTINUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 708. | **VINCRISTINUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 709. | **VINCRISTINUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 710. | **VINCRISTINUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 711. | **VINCRISTINUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 712. | **VINCRISTINUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 713. | **VINCRISTINUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 714. | **VINCRISTINUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 715. | **VINCRISTINUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 716. | **VINCRISTINUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 717. | **VINCRISTINUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 718. | **VINCRISTINUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 719. | **VINCRISTINUM** | D44.0 | TARCZYCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 720. | **VINCRISTINUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 721. | **VINCRISTINUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 722. | **VINCRISTINUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 723. | **VINCRISTINUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 724. | **VINCRISTINUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 725. | **VINCRISTINUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 726. | **VINCRISTINUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 727. | **VINCRISTINUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 728. | **VINCRISTINUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 729. | **VINCRISTINUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 730. | **VINCRISTINUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 731. | **VINCRISTINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 732. | **VINCRISTINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 733. | **VINCRISTINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 734. | **VINCRISTINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 735. | **VINCRISTINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 736. | **VINCRISTINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 737. | **VINCRISTINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 738. | **VINCRISTINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 739. | **VINCRISTINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 740. | **VINCRISTINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 741. | **VINCRISTINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 742. | **VINCRISTINUM** | D69.3 | SAMOISTNA PLAMICA MAŁOPŁYTKOWA |
| 743. | **VINCRISTINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 744. | **VINCRISTINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 745. | **VINCRISTINUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 746. | **VINCRISTINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 747. | **VINCRISTINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 748. | **VINCRISTINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 749. | **VINCRISTINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 750. | **VINCRISTINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 751. | **VINCRISTINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 752. | **VINCRISTINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 753. | **VINCRISTINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.63.

**VINORELBINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **VINORELBINUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | **VINORELBINUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | **VINORELBINUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | **VINORELBINUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | **VINORELBINUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | **VINORELBINUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | **VINORELBINUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | **VINORELBINUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | **VINORELBINUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | **VINORELBINUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | **VINORELBINUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | **VINORELBINUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | **VINORELBINUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | **VINORELBINUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | **VINORELBINUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | **VINORELBINUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | **VINORELBINUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | **VINORELBINUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | **VINORELBINUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | **VINORELBINUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21. | **VINORELBINUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22. | **VINORELBINUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 23. | **VINORELBINUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | **VINORELBINUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | **VINORELBINUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | **VINORELBINUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | **VINORELBINUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | **VINORELBINUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | **VINORELBINUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | **VINORELBINUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | **VINORELBINUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | **VINORELBINUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | **VINORELBINUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | **VINORELBINUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | **VINORELBINUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | **VINORELBINUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | **VINORELBINUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | **VINORELBINUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | **VINORELBINUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | **VINORELBINUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | **VINORELBINUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | **VINORELBINUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43. | **VINORELBINUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | **VINORELBINUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | **VINORELBINUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | **VINORELBINUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | **VINORELBINUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | **VINORELBINUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | **VINORELBINUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 50. | **VINORELBINUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | **VINORELBINUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | **VINORELBINUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | **VINORELBINUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | **VINORELBINUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | **VINORELBINUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | **VINORELBINUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | **VINORELBINUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58. | **VINORELBINUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | **VINORELBINUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | **VINORELBINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | **VINORELBINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | **VINORELBINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | **VINORELBINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | **VINORELBINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | **VINORELBINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66. | **VINORELBINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67. | **VINORELBINUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68. | **VINORELBINUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | **VINORELBINUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | **VINORELBINUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | **VINORELBINUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | **VINORELBINUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | **VINORELBINUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **VINORELBINUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | **VINORELBINUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 76. | **VINORELBINUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | **VINORELBINUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | **VINORELBINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79. | **VINORELBINUM** | C16.0 | WPUST |
| 80. | **VINORELBINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81. | **VINORELBINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82. | **VINORELBINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83. | **VINORELBINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84. | **VINORELBINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85. | **VINORELBINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86. | **VINORELBINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87. | **VINORELBINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88. | **VINORELBINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89. | **VINORELBINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 90. | **VINORELBINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91. | **VINORELBINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92. | **VINORELBINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 93. | **VINORELBINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94. | **VINORELBINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95. | **VINORELBINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 96. | **VINORELBINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97. | **VINORELBINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98. | **VINORELBINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99. | **VINORELBINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100. | **VINORELBINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101. | **VINORELBINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102. | **VINORELBINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 103. | **VINORELBINUM** | C18.7 | ESICA |
| 104. | **VINORELBINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105. | **VINORELBINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106. | **VINORELBINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107. | **VINORELBINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108. | **VINORELBINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109. | **VINORELBINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110. | **VINORELBINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111. | **VINORELBINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112. | **VINORELBINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113. | **VINORELBINUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 114. | **VINORELBINUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115. | **VINORELBINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116. | **VINORELBINUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117. | **VINORELBINUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118. | **VINORELBINUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119. | **VINORELBINUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120. | **VINORELBINUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 121. | **VINORELBINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 122. | **VINORELBINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 123. | **VINORELBINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 124. | **VINORELBINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125. | **VINORELBINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 126. | **VINORELBINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127. | **VINORELBINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128. | **VINORELBINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129. | **VINORELBINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 130. | **VINORELBINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131. | **VINORELBINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132. | **VINORELBINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133. | **VINORELBINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134. | **VINORELBINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135. | **VINORELBINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136. | **VINORELBINUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 137. | **VINORELBINUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138. | **VINORELBINUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139. | **VINORELBINUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140. | **VINORELBINUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141. | **VINORELBINUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142. | **VINORELBINUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143. | **VINORELBINUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144. | **VINORELBINUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145. | **VINORELBINUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 146. | **VINORELBINUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147. | **VINORELBINUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148. | **VINORELBINUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149. | **VINORELBINUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150. | **VINORELBINUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151. | **VINORELBINUM** | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |
| 152. | **VINORELBINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 153. | **VINORELBINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 154. | **VINORELBINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 155. | **VINORELBINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 156. | **VINORELBINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 157. | **VINORELBINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 158. | **VINORELBINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 159. | **VINORELBINUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 160. | **VINORELBINUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 161. | **VINORELBINUM** | C38.0 | SERCE |
| 162. | **VINORELBINUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 163. | **VINORELBINUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 164. | **VINORELBINUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 165. | **VINORELBINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 166. | **VINORELBINUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 167. | **VINORELBINUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 168. | **VINORELBINUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 169. | **VINORELBINUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 170. | **VINORELBINUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 171. | **VINORELBINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 172. | **VINORELBINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 173. | **VINORELBINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 174. | **VINORELBINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 175. | **VINORELBINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 176. | **VINORELBINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 177. | **VINORELBINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 178. | **VINORELBINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 179. | **VINORELBINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 180. | **VINORELBINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 181. | **VINORELBINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 182. | **VINORELBINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 183. | **VINORELBINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 184. | **VINORELBINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 185. | **VINORELBINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 186. | **VINORELBINUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 187. | **VINORELBINUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 188. | **VINORELBINUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 189. | **VINORELBINUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 190. | **VINORELBINUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 191. | **VINORELBINUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 192. | **VINORELBINUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 193. | **VINORELBINUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 194. | **VINORELBINUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 195. | **VINORELBINUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 196. | **VINORELBINUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 197. | **VINORELBINUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ<br>w przypadku<br>złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym |
| 198. | **VINORELBINUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI' EGO |
| 199. | **VINORELBINUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY |
| 200. | **VINORELBINUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 201. | **VINORELBINUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA |
| 202. | **VINORELBINUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 203. | **VINORELBINUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 204. | **VINORELBINUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 205. | **VINORELBINUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 206. | **VINORELBINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 207. | **VINORELBINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 208. | **VINORELBINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 209. | **VINORELBINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 210. | **VINORELBINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 211. | **VINORELBINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 212. | **VINORELBINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 213. | **VINORELBINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 214. | **VINORELBINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 215. | **VINORELBINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 216. | **VINORELBINUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 217. | **VINORELBINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 218. | **VINORELBINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 219. | **VINORELBINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 220. | **VINORELBINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 221. | **VINORELBINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 222. | **VINORELBINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 223. | **VINORELBINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 224. | **VINORELBINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 225. | **VINORELBINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 226. | **VINORELBINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 227. | **VINORELBINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 228. | **VINORELBINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 229. | **VINORELBINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 230. | **VINORELBINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 231. | **VINORELBINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 232. | **VINORELBINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 233. | **VINORELBINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 234. | **VINORELBINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 235. | **VINORELBINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 236. | **VINORELBINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 237. | **VINORELBINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 238. | **VINORELBINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 239. | **VINORELBINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 240. | **VINORELBINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 241. | **VINORELBINUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 242. | **VINORELBINUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 243. | **VINORELBINUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 244. | **VINORELBINUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 245. | **VINORELBINUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 246. | **VINORELBINUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 247. | **VINORELBINUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 248. | **VINORELBINUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 249. | **VINORELBINUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 250. | **VINORELBINUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 251. | **VINORELBINUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY |
| 252. | **VINORELBINUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 253. | **VINORELBINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 254. | **VINORELBINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 255. | **VINORELBINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 256. | **VINORELBINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 257. | **VINORELBINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 258. | **VINORELBINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 259. | **VINORELBINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 260. | **VINORELBINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 261. | **VINORELBINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 262. | **VINORELBINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 263. | **VINORELBINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 264. | **VINORELBINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 265. | **VINORELBINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 266. | **VINORELBINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 267. | **VINORELBINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 268. | **VINORELBINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 269. | **VINORELBINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 270. | **VINORELBINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 271. | **VINORELBINUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 272. | **VINORELBINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 273. | **VINORELBINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 274. | **VINORELBINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 275. | **VINORELBINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 276. | **VINORELBINUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 277. | **VINORELBINUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 278. | **VINORELBINUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 279. | **VINORELBINUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 280. | **VINORELBINUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 281. | **VINORELBINUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 282. | **VINORELBINUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 283. | **VINORELBINUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 284. | **VINORELBINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 285. | **VINORELBINUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 286. | **VINORELBINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 287. | **VINORELBINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 288. | **VINORELBINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 289. | **VINORELBINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 290. | **VINORELBINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 291. | **VINORELBINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 292. | **VINORELBINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 293. | **VINORELBINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 294. | **VINORELBINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 295. | **VINORELBINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 296. | **VINORELBINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 297. | **VINORELBINUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 298. | **VINORELBINUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 299. | **VINORELBINUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 300. | **VINORELBINUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 301. | **VINORELBINUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 302. | **VINORELBINUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 303. | **VINORELBINUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 304. | **VINORELBINUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 305. | **VINORELBINUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 306. | **VINORELBINUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 307. | **VINORELBINUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 308. | **VINORELBINUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 309. | **VINORELBINUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 310. | **VINORELBINUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 311. | **VINORELBINUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 312. | **VINORELBINUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 313. | **VINORELBINUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 314. | **VINORELBINUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 315. | **VINORELBINUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 316. | **VINORELBINUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 317. | **VINORELBINUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 318. | **VINORELBINUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 319. | **VINORELBINUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 320. | **VINORELBINUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 321. | **VINORELBINUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 322. | **VINORELBINUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 323. | **VINORELBINUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 324. | **VINORELBINUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 325. | **VINORELBINUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 326. | **VINORELBINUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 327. | **VINORELBINUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 328. | **VINORELBINUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 329. | **VINORELBINUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 330. | **VINORELBINUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 331. | **VINORELBINUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 332. | **VINORELBINUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 333. | **VINORELBINUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 334. | **VINORELBINUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 335. | **VINORELBINUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 336. | **VINORELBINUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 337. | **VINORELBINUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 338. | **VINORELBINUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 339. | **VINORELBINUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 340. | **VINORELBINUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 341. | **VINORELBINUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 342. | **VINORELBINUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 343. | **VINORELBINUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 344. | **VINORELBINUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 345. | **VINORELBINUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 346. | **VINORELBINUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 347. | **VINORELBINUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 348. | **VINORELBINUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 349. | **VINORELBINUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 350. | **VINORELBINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 351. | **VINORELBINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 352. | **VINORELBINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 353. | **VINORELBINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 354. | **VINORELBINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 355. | **VINORELBINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 356. | **VINORELBINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 357. | **VINORELBINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 358. | **VINORELBINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 359. | **VINORELBINUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 360. | **VINORELBINUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 361. | **VINORELBINUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 362. | **VINORELBINUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 363. | **VINORELBINUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 364. | **VINORELBINUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 365. | **VINORELBINUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 366. | **VINORELBINUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 367. | **VINORELBINUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 368. | **VINORELBINUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 369. | **VINORELBINUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 370. | **VINORELBINUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 371. | **VINORELBINUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 372. | **VINORELBINUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 373. | **VINORELBINUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 374. | **VINORELBINUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 375. | **VINORELBINUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 376. | **VINORELBINUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 377. | **VINORELBINUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 378. | **VINORELBINUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 379. | **VINORELBINUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 380. | **VINORELBINUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 381. | **VINORELBINUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 382. | **VINORELBINUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 383. | **VINORELBINUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 384. | **VINORELBINUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 385. | **VINORELBINUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 386. | **VINORELBINUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 387. | **VINORELBINUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 388. | **VINORELBINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 389. | **VINORELBINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 390. | **VINORELBINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 391. | **VINORELBINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 392. | **VINORELBINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 393. | **VINORELBINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 394. | **VINORELBINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 395. | **VINORELBINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 396. | **VINORELBINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | POKREWNYCH |
| 397. | **VINORELBINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 398. | **VINORELBINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 399. | **VINORELBINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 400. | **VINORELBINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 401. | **VINORELBINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 402. | **VINORELBINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 403. | **VINORELBINUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 404. | **VINORELBINUM** | D00.2 | ŻOŁĄDEK |
| 405. | **VINORELBINUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 406. | **VINORELBINUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 407. | **VINORELBINUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 408. | **VINORELBINUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 409. | **VINORELBINUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 410. | **VINORELBINUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 411. | **VINORELBINUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 412. | **VINORELBINUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 413. | **VINORELBINUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 414. | **VINORELBINUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 415. | **VINORELBINUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 416. | **VINORELBINUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 417. | **VINORELBINUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 418. | **VINORELBINUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 419. | **VINORELBINUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 420. | **VINORELBINUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 421. | **VINORELBINUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 422. | **VINORELBINUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 423. | **VINORELBINUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 424. | **VINORELBINUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 425. | **VINORELBINUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 426. | **VINORELBINUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 427. | **VINORELBINUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 428. | **VINORELBINUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 429. | **VINORELBINUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 430. | **VINORELBINUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 431. | **VINORELBINUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 432. | **VINORELBINUM** | D07.1 | SROM |
| 433. | **VINORELBINUM** | D07.2 | POCHWA |
| 434. | **VINORELBINUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 435. | **VINORELBINUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 436. | **VINORELBINUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 437. | **VINORELBINUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 438. | **VINORELBINUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 439. | **VINORELBINUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 440. | **VINORELBINUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 441. | **VINORELBINUM** | D09.2 | OKO |
| 442. | **VINORELBINUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 443. | **VINORELBINUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 444. | **VINORELBINUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 445. | **VINORELBINUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 446. | **VINORELBINUM** | D10.0 | WARGA |
| 447. | **VINORELBINUM** | D10.1 | JĘZYK |
| 448. | **VINORELBINUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 449. | **VINORELBINUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 450. | **VINORELBINUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 451. | **VINORELBINUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 452. | **VINORELBINUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 453. | **VINORELBINUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 454. | **VINORELBINUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 455. | **VINORELBINUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 456. | **VINORELBINUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 457. | **VINORELBINUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 458. | **VINORELBINUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 459. | **VINORELBINUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 460. | **VINORELBINUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 461. | **VINORELBINUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 462. | **VINORELBINUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 463. | **VINORELBINUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 464. | **VINORELBINUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 465. | **VINORELBINUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 466. | **VINORELBINUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 467. | **VINORELBINUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 468. | **VINORELBINUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 469. | **VINORELBINUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 470. | **VINORELBINUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 471. | **VINORELBINUM** | D13.0 | PRZEŁYK |
| 472. | **VINORELBINUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 473. | **VINORELBINUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 474. | **VINORELBINUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 475. | **VINORELBINUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 476. | **VINORELBINUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 477. | **VINORELBINUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 478. | **VINORELBINUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 479. | **VINORELBINUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 480. | **VINORELBINUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 481. | **VINORELBINUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 482. | **VINORELBINUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 483. | **VINORELBINUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 484. | **VINORELBINUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 485. | **VINORELBINUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 486. | **VINORELBINUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 487. | **VINORELBINUM** | D15.0 | GRASICA |
| 488. | **VINORELBINUM** | D15.1 | SERCE |
| 489. | **VINORELBINUM** | D15.2 | SRÓDPIERSIE |
| 490. | **VINORELBINUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 491. | **VINORELBINUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 492. | **VINORELBINUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 493. | **VINORELBINUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 494. | **VINORELBINUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 495. | **VINORELBINUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 496. | **VINORELBINUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 497. | **VINORELBINUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 498. | **VINORELBINUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 499. | **VINORELBINUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 500. | **VINORELBINUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 501. | **VINORELBINUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 502. | **VINORELBINUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 503. | **VINORELBINUM** | D18 | NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 504. | **VINORELBINUM** | D18.0 | NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 505. | **VINORELBINUM** | D18.1 | NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 506. | **VINORELBINUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 507. | **VINORELBINUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 508. | **VINORELBINUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 509. | **VINORELBINUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 510. | **VINORELBINUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 511. | **VINORELBINUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 512. | **VINORELBINUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 513. | **VINORELBINUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 514. | **VINORELBINUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 515. | **VINORELBINUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 516. | **VINORELBINUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 517. | **VINORELBINUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 518. | **VINORELBINUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 519. | **VINORELBINUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 520. | **VINORELBINUM** | D28.0 | SROM |
| 521. | **VINORELBINUM** | D28.1 | POCHWA |
| 522. | **VINORELBINUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 523. | **VINORELBINUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 524. | **VINORELBINUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 525. | **VINORELBINUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 526. | **VINORELBINUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 527. | **VINORELBINUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 528. | **VINORELBINUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 529. | **VINORELBINUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 530. | **VINORELBINUM** | D29.4 | MOSZNA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 531. | **VINORELBINUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 532. | **VINORELBINUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 533. | **VINORELBINUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 534. | **VINORELBINUM** | D30.0 | NERKA |
| 535. | **VINORELBINUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 536. | **VINORELBINUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 537. | **VINORELBINUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 538. | **VINORELBINUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 539. | **VINORELBINUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 540. | **VINORELBINUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 541. | **VINORELBINUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 542. | **VINORELBINUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 543. | **VINORELBINUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 544. | **VINORELBINUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 545. | **VINORELBINUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 546. | **VINORELBINUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 547. | **VINORELBINUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 548. | **VINORELBINUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 549. | **VINORELBINUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 550. | **VINORELBINUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 551. | **VINORELBINUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 552. | **VINORELBINUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 553. | **VINORELBINUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 554. | **VINORELBINUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 555. | **VINORELBINUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 556. | **VINORELBINUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 557. | **VINORELBINUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 558. | **VINORELBINUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 559. | **VINORELBINUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 560. | **VINORELBINUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 561. | **VINORELBINUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 562. | **VINORELBINUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 563. | **VINORELBINUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 564. | **VINORELBINUM** | D35.0 | NADNERCZA |
| 565. | **VINORELBINUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 566. | **VINORELBINUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 567. | **VINORELBINUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 568. | **VINORELBINUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 569. | **VINORELBINUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 570. | **VINORELBINUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 571. | **VINORELBINUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 572. | **VINORELBINUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 573. | **VINORELBINUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 574. | **VINORELBINUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 575. | **VINORELBINUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 576. | **VINORELBINUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 577. | **VINORELBINUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 578. | **VINORELBINUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 579. | **VINORELBINUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 580. | **VINORELBINUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 581. | **VINORELBINUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 582. | **VINORELBINUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 583. | **VINORELBINUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 584. | **VINORELBINUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 585. | **VINORELBINUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 586. | **VINORELBINUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 587. | **VINORELBINUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 588. | **VINORELBINUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 589. | **VINORELBINUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 590. | **VINORELBINUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 591. | **VINORELBINUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 592. | **VINORELBINUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 593. | **VINORELBINUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 594. | **VINORELBINUM** | D38.4 | GRASICA |
| 595. | **VINORELBINUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 596. | **VINORELBINUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 597. | **VINORELBINUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 598. | **VINORELBINUM** | D39.0 | MACICA |
| 599. | **VINORELBINUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 600. | **VINORELBINUM** | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 601. | **VINORELBINUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 602. | **VINORELBINUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 603. | **VINORELBINUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 604. | **VINORELBINUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 605. | **VINORELBINUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 606. | **VINORELBINUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 607. | **VINORELBINUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 608. | **VINORELBINUM** | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 609. | **VINORELBINUM** | D41.0 | NERKA |
| 610. | **VINORELBINUM** | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 611. | **VINORELBINUM** | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 612. | **VINORELBINUM** | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 613. | **VINORELBINUM** | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 614. | **VINORELBINUM** | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 615. | **VINORELBINUM** | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 616. | **VINORELBINUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 617. | **VINORELBINUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 618. | **VINORELBINUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 619. | **VINORELBINUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 620. | **VINORELBINUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 621. | **VINORELBINUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 622. | **VINORELBINUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 623. | **VINORELBINUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 624. | **VINORELBINUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 625. | **VINORELBINUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 626. | **VINORELBINUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 627. | **VINORELBINUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 628. | **VINORELBINUM** | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 629. | **VINORELBINUM** | D44.0 | TARCZYCA |
| 630. | **VINORELBINUM** | D44.1 | NADNERCZA |
| 631. | **VINORELBINUM** | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 632. | **VINORELBINUM** | D44.3 | PRZYSADKA |
| 633. | **VINORELBINUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 634. | **VINORELBINUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 635. | **VINORELBINUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 636. | **VINORELBINUM** | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 637. | **VINORELBINUM** | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 638. | **VINORELBINUM** | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 639. | **VINORELBINUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 640. | **VINORELBINUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 641. | **VINORELBINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE |
| 642. | **VINORELBINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 643. | **VINORELBINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 644. | **VINORELBINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 645. | **VINORELBINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 646. | **VINORELBINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 647. | **VINORELBINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 648. | **VINORELBINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 649. | **VINORELBINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 650. | **VINORELBINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 651. | **VINORELBINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 652. | **VINORELBINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 653. | **VINORELBINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |

Załącznik C.64.

**TEMOZOLOMIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 2. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.0 | WPUST<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 3. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 4. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 5. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 6. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 7. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 8. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 9. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 10. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 11. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 12. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 13. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 14. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 15. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 16. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 17. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 18. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 19. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 20. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 21. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 22. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 23. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 24. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 25. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 26. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.7 | ESICA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 27. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 28. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 29. | **TEMOZOLOMIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 30. | **TEMOZOLOMIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 31. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 32. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 33. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 34. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | *u dzieci do 18 roku życia* |
| 35. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 36. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 37. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.0 | SERCE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 38. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.1 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 39. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 40. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 41. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.4 | OPŁUCNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 42. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 43. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 44. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.2 | KOSCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 45. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 46. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 47. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 48. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.0 | KOSCI CZASZKI I TWARZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 49. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.1 | ŻUCHWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 50. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 51. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 52. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 53. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 54. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 55. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 56. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 57. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 58. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 59. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 60. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 61. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 62. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 63. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 64. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 65. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 66. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 67. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 68. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 69. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 70. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 71. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 72. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 73. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 74. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 75. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 76. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 77. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 78. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 79. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 80. | **TEMOZOLOMIDUM** | C63.0 | NAJĄDRZE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 81. | **TEMOZOLOMIDUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 82. | **TEMOZOLOMIDUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 83. | **TEMOZOLOMIDUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 84. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 85. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 86. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 87. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 88. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 89. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | *u dzieci do 18 roku życia* |
| 90. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 91. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.7 | MOCZOWNIK<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 92. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 93. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 94. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 95. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 96. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 97. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 98. | **TEMOZOLOMIDUM** | C69.2 | SIATKÓWKA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 99. | **TEMOZOLOMIDUM** | C69.6 | OCZODOŁ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 100. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 101. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 102. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 103. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENIOWY |
| 104. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 105. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 106. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 107. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 108. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 109. | **TEMOZOLOMIDUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 110. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | *u dzieci do 18 roku życia* |
| 111. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 112. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 113. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 114. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 115. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 116. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 117. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 118. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 119. | **TEMOZOLOMIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 120. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 121. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 122. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.2 | BRZUCH<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 123. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.3 | MIEDNICA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 124. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 125. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 126. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 127. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 128. | **TEMOZOLOMIDUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 129. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 130. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 131. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 132. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 133. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 134. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 135. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 136. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 137. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 138. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 139. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 140. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 141. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |

Załącznik C.65.a.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **ARSENICUM TRIOXIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA<br>*w przypadku:*<br>*indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.* |

Załącznik C.65.b.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **ARSENICUM TRIOXIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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* $\leq 10x10^3 / \mu l$*), w skojarzeniu z kwasem all– trans– retynowym* |

Załącznik C.66.a.

**CLOFARABINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CLOFARABINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA<br>*w przypadku:*<br>*leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci i młodzieży z nawrotem lub oporną na leczenie chorobą po zastosowaniu przynajmniej dwóch wcześniejszych standardowych cykli i w przypadku, gdy brak innych opcji pozwalających na przewidywanie długotrwałej odpowiedzi, u chorych kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.* |

Załącznik C.66.b.

**CLOFARABINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **CLOFARABINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ<br>*w trzeciej linii leczenia* |
| 2. | **CLOFARABINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA<br>*u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których zdiagnozowano pierwotnie oporną ostrą białaczkę szpikową lub jej pierwszą wznowę oporną na leczenie II linii oraz u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których stwierdzono drugą wznowę ostrej białaczki szpikowej* |

Załącznik C.67.

**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 2. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 3. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 4. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 5. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 6. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 7. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 8. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>*c) przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | *leczenie I linii.* |
| 9. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 10. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 11. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 12. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii*<br>*albo*<br>*w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:*<br>*a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| | | | *leczenie I linii.* |
| 13. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 14. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 15. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 16. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T<br>*w przypadku:*<br>*oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.* |
| 17. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T<br>*w przypadku:*<br>*oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.* |
| 18. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii*<br>*albo*<br>*w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:*<br>*a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 20. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 21. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 22. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 23. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 24. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 25. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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,*<br>*b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.* |

Załącznik C.68.

**ACIDUM ZOLEDRONICUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|---|---|---|
| 1 | **ACIDUM ZOLEDRONICUM** | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.68.b.

**ACIDUM ZOLEDRONICUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **ACIDUM ZOLEDRONICUM** | C.50. | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI<br>*uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie* |

Załącznik C.69.a.

**AZACITIDINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **AZACITIDINUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |
| 2 | **AZACITIDINUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |
| 3 | **AZACITIDINUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |
| 4 | **AZACITIDINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |
| 5 | **AZACITIDINUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |
| 6 | **AZACITIDINUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |
| 7 | **AZACITIDINUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |
| 8 | **AZACITIDINUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |
| 9 | **AZACITIDINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 10 | **AZACITIDINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA *(CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |

Załącznik C.69.b.

**AZACITIDINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **AZACITIDINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.* |

Załącznik C.70.a.

**IMATINIBUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **IMATINIBUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA<br>*z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)* |

Załącznik C.70.b.

**IMATINIBUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **IMATINIBUM** | C44; C49 | ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY<br>*w przypadku*<br>*udokumentowanej obecność rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ* |

Załącznik C.70.c.

**IMATINIBUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **IMATINIBUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA<br>*z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)* |

Załącznik C.71.

**PLERIXAFORUM**

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce ≥ 10 µg/kg jeśli stosowany sam lub ≥ 5 µg/kg po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż 10/µl w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF
   lub
2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
   a) mniej niż $2,0 \times 10^6$ 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 SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **ANAGRELIDUM** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA<br>*z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie* |
| 2. | **ANAGRELIDUM** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |
| 3. | **ANAGRELIDUM** | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA |

Załącznik C.73.

**NELARABINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **NELARABINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA<br>*w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.* |
| 2. | **NELARABINUM** | C83.0 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK<br>*w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.* |
| 3. | **NELARABINUM** | C83.5 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY<br>*w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.* |

Załącznik C.74.

**LEUPRORELINUM**

Nowotwory złośliwe zakwalifikowane do poniższych rozpoznań wg ICD-10

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **LEUPRORELINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA<br>*w przypadku:*<br>*agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy* |
| 2. | **LEUPRORELINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA<br>*w przypadku:*<br>*agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy* |
| 3. | **LEUPRORELINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY<br>*w przypadku:*<br>*agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy* |

Załącznik C.75.

**DENOSUMABUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **DENOSUMABUM** | D48.0 | GUZ OLBRZYMIOKOMÓRKOWY KOŚCI<br>*w przypadku:*<br>*dorosłych i młodzieży z dojrzałym układem kostnym, u których występuje guz nieoperacyjny lub u których zabieg chirurgiczny może spowodować ciężkie okaleczenie* |

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<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 4 | **BORTEZOMIBUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 5 | **BORTEZOMIBUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 6 | **BORTEZOMIBUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 7 | **BORTEZOMIBUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 8 | **BORTEZOMIBUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.76.b

**BORTEZOMIBUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **BORTEZOMIBUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO<br>w *leczeniu dorosłych pacjentów z wcześniej nieleczonym chłoniakiem z komórek płaszcza, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia hematopoetycznych komórek macierzystych* |

Załącznik C.77.a.

**MITOXANTRONUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **MITOXANTRONUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 2 | **MITOXANTRONUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 3 | **MITOXANTRONUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 4 | **MITOXANTRONUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 5 | **MITOXANTRONUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 6 | **MITOXANTRONUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 7 | **MITOXANTRONUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 8 | **MITOXANTRONUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 9 | **MITOXANTRONUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 10 | **MITOXANTRONUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 11 | **MITOXANTRONUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 12 | **MITOXANTRONUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 13 | **MITOXANTRONUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 14 | **MITOXANTRONUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 15 | **MITOXANTRONUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 16 | **MITOXANTRONUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 17 | **MITOXANTRONUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 18 | **MITOXANTRONUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19 | **MITOXANTRONUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 20 | **MITOXANTRONUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 21 | **MITOXANTRONUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 22 | **MITOXANTRONUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 23 | **MITOXANTRONUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 24 | **MITOXANTRONUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 25 | **MITOXANTRONUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 26 | **MITOXANTRONUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 27 | **MITOXANTRONUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 28 | **MITOXANTRONUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 29 | **MITOXANTRONUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 30 | **MITOXANTRONUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 31 | **MITOXANTRONUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 32 | **MITOXANTRONUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 33 | **MITOXANTRONUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 34 | **MITOXANTRONUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 35 | **MITOXANTRONUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 36 | **MITOXANTRONUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 37 | **MITOXANTRONUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 38 | **MITOXANTRONUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.77.b.

**MITOXANTRONUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **MITOXANTRONUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA<br>*Leczenie wznowy ostrej białaczki limfoblastycznej w populacji pediatrycznej zarówno w grupie standardowego ryzyka (SR) jak i wysokiego ryzyka (HR).*<br>*Zalecana dawka: 10 mg/m$^2$ powierzchni ciała podawane dożylnie przez dwa kolejne dni* |

Załącznik C.78.a.

**CRISANTASPASUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **CRISANTASPASUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA<br>*w przypadku:*<br>*stosowania w skojarzeniu z innymi chemioterapeutykami w leczeniu pacjentów, głównie pediatrycznych, u których wystąpiła nadwrażliwość (alergia kliniczna lub „cicha inaktywacja") na pegylowaną L-asparaginazę pochodzącą z E. coli* |

Załącznik C.78.b.

**CRISANTASPASUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **CRISANTASPASUM** | C83.5 | CHŁONIAK LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*stosowania w skojarzeniu z innymi chemioterapeutykami w leczeniu pacjentów poniżej 18 roku życia z chłoniakami limfoblastycznymi T-komórkowymi i preB-komórkowymi, u których wystąpiła nadwrażliwość (alergia kliniczna lub „cicha inaktywacja") na pegylowaną L-asparaginazę pochodzącą z E. coli* |

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<br>*w przypadku:*<br>– *kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego* |
| 2 | **PEGINTERERONUM ALFA-2A** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA<br>*w przypadku:*<br>– *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane*<br>– *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego*<br>– *kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego* |
| 3 | **PEGINTERERONUM ALFA-2A** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU<br>*w przypadku:*<br>– *pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane*<br>– *chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka*<br>– *młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępny w ośrodku*<br>– *kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego* |
| 4 | **PEGINTERERONUM ALFA-2A** | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA<br>*w przypadku:*<br>– *pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane*<br>– *młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka*<br>– *kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego* |

Załącznik C.79.b.

**PEGINTERERONUM ALFA-2A**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **PEGINTERERONUM ALFA-2A** | C.84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 2 | **PEGINTERERONUM ALFA-2A** | C.84.1 | CHOROBA SÉZARY'EGO |

Załącznik C.80.

## GEFITYNIBUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **GEFITYNIBUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA<br>*W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:*<br>*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),*<br>*b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),*<br>*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,*<br>*d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),*<br>*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),*<br>*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,*<br>*g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,*<br>*h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.*<br>*Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.* |

Załącznik C.81.

**ERLOTINIBUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **ERLOTINIBUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA<br>*W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:*<br>*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),*<br>*b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),*<br>*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,*<br>*d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),*<br>*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),*<br>*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,*<br>*g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,*<br>*h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.*<br>*Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.* |

D. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, 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 | Acebutololi hydrochloridum | Acebutolol Aurovitas, Acebutololi hydrochloridum, tabl. powl., 400, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991370954 |
| 2 | Acebutololi hydrochloridum | Acebutolol Aurovitas, Acebutololi hydrochloridum, tabl. powl., 200, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991370916 |
| 3 | Acebutololum | Sectral 200, Acebutololum, tabl. powl., 200, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990109920 |
| 4 | Acebutololum | Sectral 400, Acebutololum, tabl. powl., 400, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990110018 |
| 5 | Acenocoumarolum | Acenocumarol WZF, Acenocoumarolum, tabl., 4, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990055715 |
| 6 | Acidum alendronicum | Alendran 70, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990072156 |
| 7 | Acidum alendronicum | Alendrogen, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. | 4 szt. | 05909990623112 |
| 8 | Acidum alendronicum | Alendronat Bluefish, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. | 4 szt. | 05909990737673 |
| 9 | Acidum alendronicum | Ostemax 70 comfort, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909991081713 |
| 10 | Acidum alendronicum | Ostolek, Acidum alendronicum, tabl. powl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909991032517 |
| 11 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909991087418 |
| 12 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 6 szt. (1 blist.po 6 szt.) | 6 szt. (1 blist.po 6 szt.) | 05909991087425 |
| 13 | Acidum alendronicum | Alendronic Acid Genoptim, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990675302 |
| 14 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, Acidum folicum, tabl., 5, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990109210 |
| 15 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, Acidum folicum, tabl., 15, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990109319 |
| 16 | Acidum tranexamicum | Exacyl, Acidum tranexamicum, tabl. powl., 500, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990035915 |
| 17 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, Alfuzosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991288457 |
| 18 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, Alfuzosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991392055 |
| 19 | Alfuzosinum | Alugen 10 mg, Alfuzosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990037933 |
| 20 | Alfuzosinum | Alfuzostad 10 mg, Alfuzosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990619580 |
| 21 | Alfuzosinum | Alfabax, Alfuzosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990746576 |
| 22 | Alfuzosinum | Dalfaz SR 5, Alfuzosinum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990812714 |
| 23 | Alfuzosinum | Dalfaz Uno, Alfuzosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990837816 |
| 24 | Alfuzosinum | Alfurion, Alfuzosinum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991291945 |
| 25 | Amantadinum | Viregyt-K, Amantadinum, kaps., 100, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990320912 |
| 26 | Amiloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid, Amiloridum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 5+50, mg, 50 tabl. | 50 tabl. | 05909990206025 |
| 27 | Amiloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid mite, Amiloridum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 2,5+25, mg, 50 tabl. | 50 tabl. | 05909990373819 |
| 28 | Amiodaronum | Opacorden, Amiodaronum, tabl. powl., 200, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990086818 |
| 29 | Amlodipini besilas | Amlodipine Aurovitas, Amlodipini besilas, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991322885 |
| 30 | Amlodipini besilas | Amlodipine Aurovitas, Amlodipini besilas, tabl., 5, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991322816 |
| 31 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048939 |
| 32 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048977 |
| 33 | Amlodipinum | Amlonor, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990642618 |
| 34 | Amlodipinum | Amlonor, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990642625 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 35 | Amlodipinum | Adipine, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990642267 |
| 36 | Amlodipinum | Adipine, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990642311 |
| 37 | Amlodipinum | Vilpin, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990621217 |
| 38 | Amlodipinum | Apo-Amlo 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990565986 |
| 39 | Amlodipinum | Apo-Amlo 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990565993 |
| 40 | Amlodipinum | Tenox, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990421824 |
| 41 | Amlodipinum | Cardilopin, Amlodipinum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990907311 |
| 42 | Amlodipinum | Cardilopin, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990907410 |
| 43 | Amlodipinum | Cardilopin, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990907519 |
| 44 | Amlodipinum | Amlozek, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990799718 |
| 45 | Amlodipinum | Amlozek, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990799817 |
| 46 | Amlodipinum | Normodipine, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990993017 |
| 47 | Amlodipinum | Normodipine, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990993116 |
| 48 | Amlodipinum | Aldan, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008635 |
| 49 | Amlodipinum | Aldan, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008734 |
| 50 | Amlodipinum | Tenox, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990963010 |
| 51 | Amlodipinum | Tenox, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990963119 |
| 52 | Amlodipinum | Vilpin, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991042912 |
| 53 | Amlodipinum | Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.) | 05909991098926 |
| 54 | Amlodipinum | Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.) | 05909991099022 |
| 55 | Amlodipinum | Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.) | 05909991067533 |
| 56 | Amlodipinum | Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.) | 05909991067540 |
| 57 | Amlodipinum | Amlomyl, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990842476 |
| 58 | Amlodipinum | Amlomyl, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990842698 |
| 59 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990800469 |
| 60 | Amlodipinum | Finamlox, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990794461 |
| 61 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990800551 |
| 62 | Amlodipinum | Finamlox, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909990794430 |
| 63 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909997213675 |
| 64 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909997213699 |
| 65 | Amlodipinum | Amlodipine Aurobindo, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990954254 |
| 66 | Amlodipinum | Amlodipine Aurobindo, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990955008 |
| 67 | Amlodipinum | Alneta, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991067977 |
| 68 | Amlodipinum | Alneta, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991068073 |
| 69 | Amlodipinum | Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991226909 |
| 70 | Amlodipinum | Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991226916 |
| 71 | Amlodipinum | Apo-Amlo 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991236687 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 72 | Amlodipinum | Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991231811 |
| 73 | Amlodipinum | Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991230845 |
| 74 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991200732 |
| 75 | Amlodipinum | Alneta, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991067991 |
| 76 | Amlodipinum | Alneta, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991068097 |
| 77 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabletki, 5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991361013 |
| 78 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991361020 |
| 79 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabletki, 5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991371708 |
| 80 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991371784 |
| 81 | Amlodipinum | Amlomyl, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991362195 |
| 82 | Amlodipinum | Vilpin, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991312374 |
| 83 | Amlodipinum | Vilpin, Amlodipinum, tabletki, 5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991312367 |
| 84 | Amlodipinum | Agen 10, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991302184 |
| 85 | Amlodipinum | Agen 5, Amlodipinum, tabletki, 5, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991295226 |
| 86 | Amlodipinum | Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991295233 |
| 87 | Amlodipinum | Vilpin, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991283797 |
| 88 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991312244 |
| 89 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991312343 |
| 90 | Amlodipinum | Amlodipine Orion, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991392079 |
| 91 | Amlodipinum | Amlodipine Orion, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991392062 |
| 92 | Amlodipinum | Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991436759 |
| 93 | Amlodipinum | Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991436636 |
| 94 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 5+80, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05907626709360 |
| 95 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 5+160, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05907626709377 |
| 96 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 10+160, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05907626709384 |
| 97 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabl. powl., 5+80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05907626708226 |
| 98 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabl. powl., 10+160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05907626708288 |
| 99 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabl. powl., 5+160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05907626708257 |
| 100 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, Amlodipinum + Valsartanum, tabl. powl., 5+80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991342746 |
| 101 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, Amlodipinum + Valsartanum, tabl. powl., 5+160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991342838 |
| 102 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, Amlodipinum + Valsartanum, tabl. powl., 10+160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991342920 |
| 103 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 03838989708627 |
| 104 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 03838989708610 |
| 105 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 10 + 160 + 25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 03838989708634 |
| 106 | Apixabanum | Eliquis, Apixabanum, tabl. powl., 2.5, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990861040 |
| 107 | Apixabanum | Eliquis, Apixabanum, tabl. powl., 5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991019396 |
| 108 | Atenololum | Atenolol Sanofi 50, Atenololum, tabl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990011414 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 109 | Atenololum | Atenolol Sanofi 25, Atenololum, tabl., 25, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990370610 |
| 110 | Atorvastatin | Atrox 10, Atorvastatin, tabl. powl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907695215137 |
| 111 | Atorvastatin | Atrox 20, Atorvastatin, tabl. powl., 20, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907695215144 |
| 112 | Atorvastatin | Atrox 40, Atorvastatin, tabl. powl., 40, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907695215151 |
| 113 | Atorvastatin | Atrox 20, Atorvastatin, tabl. powl., 20, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05907695215366 |
| 114 | Atorvastatin | Atrox 40, Atorvastatin, tabl. powl., 40, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05907695215373 |
| 115 | Atorvastatin | Atrox 10, Atorvastatin, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05907695215359 |
| 116 | Atorvastatinum | Atorvasterol, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990077847 |
| 117 | Atorvastatinum | Atorvasterol, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990077939 |
| 118 | Atorvastatinum | Atorvasterol, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990078028 |
| 119 | Atorvastatinum | Atractin, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990078141 |
| 120 | Atorvastatinum | Atractin, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990078264 |
| 121 | Atorvastatinum | Atractin, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990078356 |
| 122 | Atorvastatinum | Larus, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990078707 |
| 123 | Atorvastatinum | Torvalipin, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990053179 |
| 124 | Atorvastatinum | Torvalipin, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990053230 |
| 125 | Atorvastatinum | Torvalipin, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990053278 |
| 126 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990336647 |
| 127 | Atorvastatinum | Atorvox, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990573530 |
| 128 | Atorvastatinum | Atorvox, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990573400 |
| 129 | Atorvastatinum | Atorvox, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573547 |
| 130 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990623464 |
| 131 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990419173 |
| 132 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990991815 |
| 133 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990991914 |
| 134 | Atorvastatinum | Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990998814 |
| 135 | Atorvastatinum | Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990998821 |
| 136 | Atorvastatinum | Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990998838 |
| 137 | Atorvastatinum | Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990998913 |
| 138 | Atorvastatinum | Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990998920 |
| 139 | Atorvastatinum | Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990998937 |
| 140 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990787586 |
| 141 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990787609 |
| 142 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990787647 |
| 143 | Atorvastatinum | Atrox 10, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991124618 |
| 144 | Atorvastatinum | Atrox 20, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991124717 |
| 145 | Atorvastatinum | Atrox 40, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991124816 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 146 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990905508 |
| 147 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990905638 |
| 148 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990905782 |
| 149 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990885282 |
| 150 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 60, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990885336 |
| 151 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990885374 |
| 152 | Atorvastatinum | Tulip 80 mg, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990810208 |
| 153 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990623488 |
| 154 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990810161 |
| 155 | Atorvastatinum | Storvas CRT, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991042097 |
| 156 | Atorvastatinum | Storvas CRT, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991042103 |
| 157 | Atorvastatinum | Storvas CRT, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991042134 |
| 158 | Atorvastatinum | Storvas CRT, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991042141 |
| 159 | Atorvastatinum | Atorvagen, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990938926 |
| 160 | Atorvastatinum | Atorvagen, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990938995 |
| 161 | Atorvastatinum | Torvacard 10, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338290 |
| 162 | Atorvastatinum | Torvacard 20, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338368 |
| 163 | Atorvastatinum | Torvacard 40, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338436 |
| 164 | Atorvastatinum | Torvacard 40, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990338443 |
| 165 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991013806 |
| 166 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990623471 |
| 167 | Atorvastatinum | Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990885299 |
| 168 | Atorvastatinum | Atrox, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991011383 |
| 169 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990887279 |
| 170 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990887286 |
| 171 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990900459 |
| 172 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990900053 |
| 173 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990900275 |
| 174 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990899920 |
| 175 | Atorvastatinum | Atorvasterol, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991041298 |
| 176 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990810178 |
| 177 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990810185 |
| 178 | Atorvastatinum | Torvacard, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909990957071 |
| 179 | Atorvastatinum | Atorvastatin Vitama, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991201050 |
| 180 | Atorvastatinum | Atorvastatin Vitama, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991200787 |
| 181 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990899951 |
| 182 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990900336 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 183 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990899975 |
| 184 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990900305 |
| 185 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990905553 |
| 186 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990905539 |
| 187 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990905652 |
| 188 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990905867 |
| 189 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990905805 |
| 190 | Atorvastatinum | Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990905676 |
| 191 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991321710 |
| 192 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991321758 |
| 193 | Atorvastatinum | Atorvagen, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991385699 |
| 194 | Atorvastatinum | Atorvagen, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991385675 |
| 195 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991321611 |
| 196 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991321659 |
| 197 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991382926 |
| 198 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991382902 |
| 199 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991382896 |
| 200 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 60 szt. | 60 szt. | 07311920002276 |
| 201 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 90 szt. | 90 szt. | 07311920002269 |
| 202 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991382940 |
| 203 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 90 szt. | 90 szt. | 07311920002252 |
| 204 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 60, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991382933 |
| 205 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991382919 |
| 206 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, Atorvastatinum calcicum trihydricum, tabl. powl., 30, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991403935 |
| 207 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, Atorvastatinum calcicum trihydricum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991403911 |
| 208 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronii bromidum | Trimbow, Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronii bromidum, aerozol inh., roztwór, 87+5+11, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. a 180 daw. | 1 poj. a 180 daw. | 08025153008156 |
| 209 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, Beclometasonum + Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6, µg/dawkę, poj.po 180 daw. | poj.po 180 daw. | 05909990054152 |
| 210 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, Beclometasonum + Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6, µg/dawkę, poj.po 180 daw. | poj.po 180 daw. | 05909991245696 |
| 211 | Benazeprilum | Lotensin, Benazeprilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990118816 |
| 212 | Benazeprilum | Lotensin, Benazeprilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990118915 |
| 213 | Benazeprilum | Lotensin, Benazeprilum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990119011 |
| 214 | Betaxololum | Betoptic S, Betaxololum, krople do oczu, zawiesina, 2.5, mg/ml, 5 ml | 5 ml | 05909990186518 |
| 215 | Betaxololum | Betoptic S, Betaxololum, krople do oczu, zawiesina, 2.5, mg/ml, 10 ml | 10 ml | 05909990186525 |
| 216 | Betaxololum | Optibetol 0,5%, Betaxololum, krople do oczu, roztwór, 5, mg/ml, 5 ml (but.) | 5 ml (but.) | 05909990925513 |
| 217 | Bimatoprostum | Lumigan, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 but.po 3 ml | 1 but.po 3 ml | 05909990008469 |
| 218 | Bimatoprostum | Bimican, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 but.po 3 ml | 1 but.po 3 ml | 05909991097066 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 219 | Bimatoprostum | Bimican, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 but.po 3 ml | 3 but.po 3 ml | 05909991097073 |
| 220 | Bimatoprostum | Bimakolan, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 butelka 3 ml | 1 butelka 3 ml | 05909991137403 |
| 221 | Bimatoprostum | Bimakolan, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 butelki po 3 ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991137397 |
| 222 | Bimatoprostum | Bimifree, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 but.po 3 ml | 3 but.po 3 ml | 05909991335670 |
| 223 | Bimatoprostum | Bimifree, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 but.po 3 ml | 1 but.po 3 ml | 05909991335663 |
| 224 | Bimatoprostum | Vizibim, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 butelka 3 ml | 1 butelka 3 ml | 05909991310769 |
| 225 | Bimatoprostum | Vizibim, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 butelki po 3 ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991310776 |
| 226 | Bimatoprostum | Bimatoprost Genoptim, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 butelki po 3 ml | 3 butelki po 3 ml | 05907553017644 |
| 227 | Bimatoprostum | Bimaroz, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 butelki 3 ml | 3 butelki 3 ml | 05909991105600 |
| 228 | Bimatoprostum | Bimaroz, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 butelka 3 ml | 1 butelka 3 ml | 05909991105594 |
| 229 | Bimatoprostum | Bimatoprost Genoptim, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 but.po 3 ml | 1 but.po 3 ml | 05909991285708 |
| 230 | Bimatoprostum + Timololum | Ganfort, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,3+5, mg/ml, 1 but.po 3 ml | 1 but.po 3 ml | 05909990574315 |
| 231 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, 0,3+5, mg/ml, 1 but.po 3 ml | 1 but.po 3 ml | 05909991376772 |
| 232 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, 0,3+5, mg/ml, 3 but.po 3 ml | 3 but.po 3 ml | 05909991376789 |
| 233 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,3+5, mg/ml, 3 but.po 3 ml | 3 but.po 3 ml | 05909991422363 |
| 234 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,3+5, mg/ml, 1 but.po 3 ml | 1 but.po 3 ml | 05909991422356 |
| 235 | Bisoprolol fumarate | Corectin 5, Bisoprolol fumarate, tabl. powl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991066420 |
| 236 | Bisoprolol fumarate | Corectin 10, Bisoprolol fumarate, tabl. powl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991066529 |
| 237 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991097448 |
| 238 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991097523 |
| 239 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991097400 |
| 240 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991097554 |
| 241 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol Genoptim, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991357993 |
| 242 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol Genoptim, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991358075 |
| 243 | Bisoprololum | Bisoratio 5, Bisoprololum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991015015 |
| 244 | Bisoprololum | Bisoratio 10, Bisoprololum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991015114 |
| 245 | Bisoprololum | Coronal 10, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990633869 |
| 246 | Bisoprololum | Coronal 5, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990633791 |
| 247 | Bisoprololum | Coronal 10, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990633852 |
| 248 | Bisoprololum | Coronal 5, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990633807 |
| 249 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991197070 |
| 250 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991197063 |
| 251 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991197049 |
| 252 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991197056 |
| 253 | Bisoprololum | Bisoprolol VP, Bisoprololum, tabletki, 5, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991151911 |
| 254 | Bisoprololum | Bisoprolol VP, Bisoprololum, tabletki, 10, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991152017 |
| 255 | Brimonidini tartras | Biprolast, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 1 but.po 5 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 |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 256 | Brimonidini tartras | Biprolast, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 3 but.po 5 ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000900 |
| 257 | Brimonidini tartras | Oculobrim, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 3 butelki po 5 ml | 3 butelki po 5 ml | 05907553017897 |
| 258 | Brimonidini tartras | Briglau Free, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 1 butelka po 5 ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991379483 |
| 259 | Brimonidini tartras | Briglau Free, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 3 butelki po 5 ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991379490 |
| 260 | Brimonidinum | Luxfen, Brimonidinum, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 5 ml (but.) | 5 ml (but.) | 05909990677733 |
| 261 | Brimonidinum | Alphagan, Brimonidinum, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 5 ml | 5 ml | 05909990865024 |
| 262 | Brimonidinum | Briglau PPH, Brimonidinum, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 5 ml (but.) | 5 ml (but.) | 05909990974641 |
| 263 | Brimonidinum | Oculobrim, Brimonidinum, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 1 butelka po 5 ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991304751 |
| 264 | Brimonidinum + Timololum | Combigan, Brimonidinum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 2+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990570546 |
| 265 | Brinzolamidum | Azopt, Brinzolamidum, krople do oczu, zawiesina, 10, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990869114 |
| 266 | Brinzolamidum | Optilamid, Brinzolamidum, krople do oczu, zawiesina, 10, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909991223571 |
| 267 | Brinzolamidum | Brinzolamide Genoptim, Brinzolamidum, krople do oczu, zawiesina, 10, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909991250386 |
| 268 | Brinzolamidum | Optilamid, Brinzolamidum, krople do oczu, zawiesina, 10, mg/ml, 3 butelki po 5 ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991223588 |
| 269 | Budesonidum | Budiair, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 |
| 270 | Budesonidum | Budiair, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 |
| 271 | Budesonidum | Ribuspir, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335183 |
| 272 | Budesonidum | Ribuspir, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335190 |
| 273 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 400, µg/dawkę, 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 |
| 274 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę, 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337323 |
| 275 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę, 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337354 |
| 276 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 |
| 277 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 |
| 278 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 |
| 279 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 daw. | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 |
| 280 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 100 daw. | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 |
| 281 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990926213 |
| 282 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990926312 |
| 283 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer | 05909991033224 |
| 284 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) | 05909991033248 |
| 285 | Budesonidum | Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp. po 2 ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 |
| 286 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 |
| 287 | Budesonidum | Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp. po 2 ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 |
| 288 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 |
| 289 | Budesonidum | Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/2 ml, 20 szt. | 20 szt. | 05909991107925 |
| 290 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909991204082 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 291 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909991203986 |
| 292 | Budesonidum | Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 |
| 293 | Budesonidum | Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 |
| 294 | Budesonidum | Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 |
| 295 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909991223793 |
| 296 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg/dawkę inhalacyjną, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909991223809 |
| 297 | Budesonidum | Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj. 2 ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 |
| 298 | Budesonidum | Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 poj. 2 ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 |
| 299 | Budesonidum | Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 poj. 2 ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002515 |
| 300 | Budesonidum | BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306137 |
| 301 | Budesonidum | BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 |
| 302 | Budesonidum | BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 |
| 303 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw. | 1 inh. po 120 daw. | 05000456011648 |
| 304 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw. | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 |
| 305 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 60 dawek | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 |
| 306 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 2 inh. po 60 dawek | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 |
| 307 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 80+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 |
| 308 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 |
| 309 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137465 |
| 310 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym | 1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137458 |
| 311 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137625 |
| 312 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg, 1 inhalator (120 dawek) | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 |
| 313 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg, 1 inhalator (60 dawek) | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 |
| 314 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, Buspironi hydrochloridum, tabl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909997201450 |
| 315 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, Buspironi hydrochloridum, tabl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05902023776304 |
| 316 | Buspironum | Spamilan, Buspironum, tabl., 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990073597 |
| 317 | Buspironum | Spamilan, Buspironum, tabl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990073603 |
| 318 | Buspironum | Spamilan, Buspironum, tabl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909997213538 |
| 319 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, Candesartanum cilexetili, tabl., 16, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990801350 |
| 320 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, Candesartanum cilexetili, tabl., 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990801367 |
| 321 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 32, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991395100 |
| 322 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 8, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991390259 |
| 323 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991390242 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 324 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 16, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991392475 |
| 325 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 16, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991392482 |
| 326 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991389420 |
| 327 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 8, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991389437 |
| 328 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 16, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991389468 |
| 329 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 16, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991389475 |
| 330 | Candesartanum cilexetili | Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 32, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991389512 |
| 331 | Candesartanum cilexetili | Carzap, Candesartanum cilexetili, tabletki, 32, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991438876 |
| 332 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum, tabl., 32+25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991428112 |
| 333 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991432300 |
| 334 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum, tabl., 32+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991432324 |
| 335 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990430017 |
| 336 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990430024 |
| 337 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990430123 |
| 338 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990772162 |
| 339 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990772193 |
| 340 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990739592 |
| 341 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990739653 |
| 342 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05909990772179 |
| 343 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990937196 |
| 344 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05909990772209 |
| 345 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 32, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990772230 |
| 346 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 32, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990937264 |
| 347 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990937103 |
| 348 | Candesartanum cilexetilum | Kandesar, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990962839 |
| 349 | Candesartanum cilexetilum | Kandesar, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990962945 |
| 350 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990937172 |
| 351 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990937080 |
| 352 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, Candesartanum cilexetilum, tabl., 32, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990739707 |
| 353 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 8+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990865147 |
| 354 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 16+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990865185 |
| 355 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990800360 |
| 356 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990800629 |
| 357 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990865178 |
| 358 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990957170 |
| 359 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990957255 |
| 360 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 32+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990865260 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 361 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 32+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990865222 |
| 362 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990865130 |
| 363 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990957194 |
| 364 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990957279 |
| 365 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabletki, 32+25, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991058609 |
| 366 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabletki, 32+12,5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991057596 |
| 367 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991136833 |
| 368 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991136840 |
| 369 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 32+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991063702 |
| 370 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 32+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991064051 |
| 371 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991415907 |
| 372 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candesartan + Hydrochlorothiazide Vitama, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabletki, 8+12,5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991245528 |
| 373 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candesartan + Hydrochlorothiazide Vitama, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabletki, 16+12,5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991245610 |
| 374 | Carvedilolum | Coryol 12,5 mg, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990216505 |
| 375 | Carvedilolum | Coryol 25 mg, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990216567 |
| 376 | Carvedilolum | Coryol 3,125 mg, Carvedilolum, tabl., 3.125, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990216604 |
| 377 | Carvedilolum | Avedol, Carvedilolum, tabl. powl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074051 |
| 378 | Carvedilolum | Avedol, Carvedilolum, tabl. powl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074129 |
| 379 | Carvedilolum | Symtrend, Carvedilolum, tabl. powl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074662 |
| 380 | Carvedilolum | Symtrend, Carvedilolum, tabl. powl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074754 |
| 381 | Carvedilolum | Symtrend, Carvedilolum, tabl. powl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074792 |
| 382 | Carvedilolum | Avedol, Carvedilolum, tabl. powl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990074099 |
| 383 | Carvedilolum | Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048465 |
| 384 | Carvedilolum | Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 6.25, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990048472 |
| 385 | Carvedilolum | Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048489 |
| 386 | Carvedilolum | Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 12.5, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990048496 |
| 387 | Carvedilolum | Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990048502 |
| 388 | Carvedilolum | Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 25, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990048540 |
| 389 | Carvedilolum | Vivacor, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687862 |
| 390 | Carvedilolum | Vivacor, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687879 |
| 391 | Carvedilolum | Vivacor, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687886 |
| 392 | Carvedilolum | Vivacor, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687893 |
| 393 | Carvedilolum | Vivacor, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687909 |
| 394 | Carvedilolum | Vivacor, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687930 |
| 395 | Carvedilolum | Carvetrend, Carvedilolum, tabl., 3.125, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991016814 |
| 396 | Carvedilolum | Carvetrend, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991016913 |
| 397 | Carvedilolum | Carvetrend, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991017019 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 398 | Carvedilolum | Carvetrend, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991017118 |
| 399 | Carvedilolum | Coryol, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990983315 |
| 400 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990727100 |
| 401 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990727148 |
| 402 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990727193 |
| 403 | Carvedilolum | Atram 25, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570409 |
| 404 | Carvedilolum | Atram 12,5, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990570430 |
| 405 | Carvedilolum | Atram 6,25, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990570454 |
| 406 | Chloroquinum | Arechin, Chloroquinum, tabl., 250, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991139582 |
| 407 | Ciclesonidum | Alvesco 80, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80, µg, 1 poj. 120 daw. | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 |
| 408 | Ciclesonidum | Alvesco 160, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160, µg, 1 poj. 120 daw. | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 |
| 409 | Ciclesonidum | Alvesco 80, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80, µg, 1 poj. 60 daw. | 1 poj. 60 daw. | 05909990218523 |
| 410 | Ciclesonidum | Alvesco 160, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160, µg, 1 poj. 60 daw. | 1 poj. 60 daw. | 05909990218530 |
| 411 | Cilazaprilum | Cilan, Cilazaprilum, tabl. powl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990066780 |
| 412 | Cilazaprilum | Cilan, Cilazaprilum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990066803 |
| 413 | Cilazaprilum | Cilan, Cilazaprilum, tabl. powl., 0.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990066636 |
| 414 | Cilazaprilum | Cilan, Cilazaprilum, tabl. powl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990066667 |
| 415 | Cilazaprilum | Cazaprol, Cilazaprilum, tabl. powl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990678648 |
| 416 | Cilazaprilum | Cazaprol, Cilazaprilum, tabl. powl., 2.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990678655 |
| 417 | Cilazaprilum | Cazaprol, Cilazaprilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990678679 |
| 418 | Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum | Cazacombi, Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 5+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990781676 |
| 419 | Ciprofibratum | Lipanor, Ciprofibratum, kaps., 100, mg, 30 kaps. (3 blist.po 10 szt.) | 30 kaps. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990376612 |
| 420 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, Clonazepamum, tabl., 2, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990135516 |
| 421 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, Clonazepamum, tabl., 0.5, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990135615 |
| 422 | Clopamidum | Clopamid VP, Clopamidum, tabl., 20, mg, 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 05909990141012 |
| 423 | Clopidogrelum | Clopidix, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990625826 |
| 424 | Clopidogrelum | Clopidogrel Apotex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990774401 |
| 425 | Clopidogrelum | Agregex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990754748 |
| 426 | Clopidogrelum | Plavocorin, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990762729 |
| 427 | Clopidogrelum | Grepid, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990727667 |
| 428 | Clopidogrelum | Areplex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991167011 |
| 429 | Clopidogrelum | Zyllt, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991109219 |
| 430 | Clopidogrelum | Pegorel, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990793730 |
| 431 | Clopidogrelum | Vixam, Clopidogrelum, tabl., 75, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990866533 |
| 432 | Clopidogrelum | Clopidogrel KRKA, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991029388 |
| 433 | Clopidogrelum | Agregex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991251949 |
| 434 | Clopidogrelum | Agregex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991271602 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 435 | Clopidogrelum | Clopidogrel Bluefish, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990768141 |
| 436 | Clopidogrelum | Zyllt, Clopidogrelum, tabletki powlekane, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05901878600475 |
| 437 | Clopidogrelum | Zyllt, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05903792743382 |
| 438 | Clopidogrelum | Agregex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991397005 |
| 439 | Cyanocobalaminum (vit. B12) | Vitaminum B12 WZF, Cyanocobalaminum (vit. B12), roztwór do wstrzykiwań, 500, µg/ml, 5 amp.po 2 ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990244010 |
| 440 | Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana | VaxigripTetra, Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1, dawka, 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 05909991302108 |
| 441 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, Dabigatranum etexilatum, kaps. twarde, 75, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990641222 |
| 442 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, Dabigatranum etexilatum, kaps. twarde, 110, mg, 10 szt. | 10 szt. | 05909990641253 |
| 443 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, Dabigatranum etexilatum, kaps. twarde, 110, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990641260 |
| 444 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, Dabigatranum etexilatum, kaps. twarde, 150, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990887453 |
| 445 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 2500, j.m. (anty-Xa)/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990776412 |
| 446 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 5000, j.m. (anty-Xa)/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990776511 |
| 447 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 7500, j.m. (anty-Xa)/0,3 ml, 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990949410 |
| 448 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 12500, j.m. (anty-Xa)/0,5 ml, 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990949519 |
| 449 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 15000, j.m. (anty-Xa)/0,6 ml, 5 amp.-strz.po 0,6 ml | 5 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990949618 |
| 450 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 18000, j.m. (anty-Xa)/0,72 ml, 5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml | 5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml | 05909990949717 |
| 451 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 10000, j.m. (anty-Xa)/0,4 ml, 5 amp.-strz.po 0,4 ml | 5 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990958818 |
| 452 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-30, Dinatrii pamidronas, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30, mg, 2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml | 2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml | 05909990661671 |
| 453 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-60, Dinatrii pamidronas, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60, mg, 1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml | 1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml | 05909990661688 |
| 454 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-90, Dinatrii pamidronas, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90, mg, 1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml | 1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml | 05909990661695 |
| 455 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, Donepezil hydrochloride, tabl. powl., 10, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05907695215380 |
| 456 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, Donepezil hydrochloride, tabl. powl., 10, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991024420 |
| 457 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Polfarmex, Donepezili hydrochloridum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990877553 |
| 458 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Polfarmex, Donepezili hydrochloridum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990877669 |
| 459 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990683666 |
| 460 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990683581 |
| 461 | Donepezili hydrochloridum | Symepezil, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991275747 |
| 462 | Donepezili hydrochloridum | Symepezil, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991275778 |
| 463 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991398842 |
| 464 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991403560 |
| 465 | Donepezilum | Donesyn, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990657353 |
| 466 | Donepezilum | Donesyn, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990657360 |
| 467 | Donepezilum | Donecept, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990689873 |
| 468 | Donepezilum | Donecept, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990689781 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 469 | Donepezilum | Yasnal, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990993215 |
| 470 | Donepezilum | Yasnal, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990993314 |
| 471 | Donepezilum | Doneprion, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990776870 |
| 472 | Donepezilum | Doneprion, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990776900 |
| 473 | Donepezilum | Apo-Doperil, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990770038 |
| 474 | Donepezilum | Apo-Doperil, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990770045 |
| 475 | Donepezilum | Pamigen, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990726929 |
| 476 | Donepezilum | Pamigen, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990726936 |
| 477 | Donepezilum | Ricordo, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990798933 |
| 478 | Donepezilum | Ricordo, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990798940 |
| 479 | Donepezilum | Yasnal Q-Tab, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990850204 |
| 480 | Donepezilum | Yasnal Q-Tab, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990850075 |
| 481 | Donepezilum | Donepex, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991055912 |
| 482 | Donepezilum | Donepex, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991056018 |
| 483 | Donepezilum | Cogiton 5, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991024314 |
| 484 | Donepezilum | Cogiton 10, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991024413 |
| 485 | Donepezilum | Donepezil Bluefish, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990814077 |
| 486 | Donepezilum | Donepezil Bluefish, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990814138 |
| 487 | Donepezilum | Donectil ODT, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990851492 |
| 488 | Donepezilum | Apo-Doperil, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 98 szt. | 98 szt. | 05902020661474 |
| 489 | Dorzolamidum | Trusopt, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990661329 |
| 490 | Dorzolamidum | Rozalin, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990643929 |
| 491 | Dorzolamidum | Dropzol, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but. | 1 but. | 05909990838325 |
| 492 | Dorzolamidum | Nodom, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990942855 |
| 493 | Dorzolamidum | Dorzolamid STADA, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990880591 |
| 494 | Dorzolamidum | Rozalin, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 3 x 5 ml | 3 x 5 ml | 05906414000962 |
| 495 | Dorzolamidum | Dorzoma Mono, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909991234904 |
| 496 | Dorzolamidum | Nodom, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 3 butelki po 5 ml | 3 butelki po 5 ml | 05900257101015 |
| 497 | Dorzolamidum | Nodofree, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 3 butelki 5 ml | 3 butelki 5 ml | 05909991344313 |
| 498 | Dorzolamidum | Nodofree, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 butelka 5 ml | 1 butelka 5 ml | 05909991344306 |
| 499 | Dorzolamidum | Vizidor, Dorzolamidum, krople do oczu, 20, mg/ml, 1 butelka po 5 ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991310936 |
| 500 | Dorzolamidum | Vizidor, Dorzolamidum, krople do oczu, 20, mg/ml, 3 butelki po 5 ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991310943 |
| 501 | Dorzolamidum + Timololum | Cosopt, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990442423 |
| 502 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990746705 |
| 503 | Dorzolamidum + Timololum | Oftidorix, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 5 ml | 5 ml | 05909990866144 |
| 504 | Dorzolamidum + Timololum | Dropzol Tim, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990898305 |
| 505 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909991067267 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 506 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 3 x 5 ml w butelce | 3 x 5 ml w butelce | 05906414000955 |
| 507 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 3 but.po 5 ml | 3 but.po 5 ml | 05909991067274 |
| 508 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, 20 + 5 , mg/ml, 1 butelka po 5 ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991311049 |
| 509 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, 20 + 5 , mg/ml, 3 butelki po 5 ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991311056 |
| 510 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 3 but. po 5 ml | 3 but. po 5 ml | 05909991340681 |
| 511 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but. po 5 ml | 1 but. po 5 ml | 05909991340674 |
| 512 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, Doxazosini mesilas, tabletki, 2, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991305291 |
| 513 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, Doxazosini mesilas, tabletki, 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991305420 |
| 514 | Doxazosinum | Kamiren XL, Doxazosinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990022571 |
| 515 | Doxazosinum | Doxagen, Doxazosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990037957 |
| 516 | Doxazosinum | Cardura XL, Doxazosinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909990431410 |
| 517 | Doxazosinum | Cardura XL, Doxazosinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990431519 |
| 518 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484911 |
| 519 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990485017 |
| 520 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990485116 |
| 521 | Doxazosinum | Kamiren, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990491315 |
| 522 | Doxazosinum | Kamiren, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990491414 |
| 523 | Doxazosinum | Doxanorm, Doxazosinum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854318 |
| 524 | Doxazosinum | Doxanorm, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854417 |
| 525 | Doxazosinum | Doxanorm, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990854516 |
| 526 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, Doxazosinum, tabl., 1, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990969517 |
| 527 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990969616 |
| 528 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990969715 |
| 529 | Doxazosinum | Doxalong / Doxar XL, Doxazosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990884582 |
| 530 | Doxazosinum | Doxalong / Doxar XL, Doxazosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990790951 |
| 531 | Doxazosinum | Doxonex, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991149611 |
| 532 | Doxazosinum | Doxonex, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991149710 |
| 533 | Doxazosinum | Dozox, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05901720140005 |
| 534 | Doxazosinum | Dozox, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05901720140012 |
| 535 | Doxazosinum | Kamiren XL, Doxazosinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991013820 |
| 536 | Doxazosinum | Zoxon 4, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990080267 |
| 537 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 120 tabl. | 120 tabl. | 05908289660289 |
| 538 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991288945 |
| 539 | Doxazosinum | Adadox, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909990902255 |
| 540 | Doxazosinum | Adadox, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990902293 |
| 541 | Doxazosinum | Adadox, Doxazosinum, tabletki, 2, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909990901890 |
| 542 | Doxazosinum | Doxorion, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991320751 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 543 | Doxazosinum | Doxorion, Doxazosinum, tabletki, 2, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991320737 |
| 544 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991325626 |
| 545 | Doxazosinum | Zoxon 2, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990903429 |
| 546 | Doxazosinum | Zoxon 4, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990903511 |
| 547 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991298043 |
| 548 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991298050 |
| 549 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991271367 |
| 550 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991276492 |
| 551 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991276508 |
| 552 | Doxazosinum | Zoxon 1, Doxazosinum, tabl., 1, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990903320 |
| 553 | Doxazosinum | Doxar, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991376475 |
| 554 | Doxazosinum | Doxazosin XR Genoptim, Doxazosinum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990066797 |
| 555 | Enalaprilum | Enarenal, Enalaprilum, tabl., 20, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990020829 |
| 556 | Enalaprilum | Enarenal, Enalaprilum, tabl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990020836 |
| 557 | Enalaprilum | Enarenal, Enalaprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990014934 |
| 558 | Enalaprilum | Enarenal, Enalaprilum, tabl., 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990014958 |
| 559 | Enalaprilum | Enarenal, Enalaprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990015030 |
| 560 | Enalaprilum | Enarenal, Enalaprilum, tabl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990015054 |
| 561 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 |
| 562 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 |
| 563 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 |
| 564 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 |
| 565 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 120, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990891429 |
| 566 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 150, mg/1 ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 |
| 567 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 |
| 568 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 20, mg/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05906395161010 |
| 569 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 60, mg/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05906395161058 |
| 570 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 80, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05906395161072 |
| 571 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/1 ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05906395161096 |
| 572 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 40, mg/0,4 ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05906395161034 |
| 573 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05906395161126 |
| 574 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150, mg/1 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05906395161164 |
| 575 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/0,2 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991378783 |
| 576 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40, mg/0,4 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991379186 |
| 577 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60, mg/0,6 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991379100 |
| 578 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991378943 |
| 579 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100, mg/1 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991379001 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 580 | Eprosartanum | Teveten, Eprosartanum, tabl. powl., 600, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990868414 |
| 581 | Ezetimibum | Ezen, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991096229 |
| 582 | Ezetimibum | Symezet, Ezetimibum, tabletki w blistrze, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991347529 |
| 583 | Ezetimibum | Ezoleta, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991311407 |
| 584 | Ezetimibum | Ezetimibe Mylan, Ezetimibum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991189822 |
| 585 | Ezetimibum | Ezolip, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991304416 |
| 586 | Ezetimibum | Ezehron, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991347161 |
| 587 | Ezetimibum | Mizetib, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05903060613973 |
| 588 | Ezetimibum | Esetin, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991388669 |
| 589 | Ezetimibum | Lipegis, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909990996902 |
| 590 | Ezetimibum | Etibax, Ezetimibum, tabl., 10, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991402310 |
| 591 | Ezetimibum | Etibax, Ezetimibum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991402303 |
| 592 | Ezetimibum | Ezetimibe Genoptim, Ezetimibum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991414450 |
| 593 | Felodipinum | Plendil, Felodipinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990344819 |
| 594 | Felodipinum | Plendil, Felodipinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990344918 |
| 595 | Fenofibratum | Grofibrat, Fenofibratum, kaps., 100, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990109814 |
| 596 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 215 mg, Fenofibratum, tabl. powl., 215, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990431342 |
| 597 | Fenofibratum | Grofibrat 200, Fenofibratum, kaps., 200, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990492114 |
| 598 | Fenofibratum | Lipanthyl 267M, Fenofibratum, kaps., 267, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990492817 |
| 599 | Fenofibratum | Fenardin, Fenofibratum, kaps. twarde, 267, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990611065 |
| 600 | Fenofibratum | Lipanthyl 200M, Fenofibratum, kaps., 200, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990687947 |
| 601 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 160, Fenofibratum, tabl. powl., 160, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990903917 |
| 602 | Fenofibratum | Apo-Feno 200 M, Fenofibratum, kaps. twarde, 200, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990909414 |
| 603 | Fenofibratum | Biofibrat, Fenofibratum, kaps. twarde, 267, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990754526 |
| 604 | Fenofibratum | Biofibrat, Fenofibratum, kaps. twarde, 200, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990754496 |
| 605 | Fenofibratum | Fenardin, Fenofibratum, kaps. twarde, 160, mg, 30 szt. (3 blist.po 10) | 30 szt. (3 blist.po 10) | 05909990713974 |
| 606 | Fenofibratum | Grofibrat S, Fenofibratum, tabl. powl., 160, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991212339 |
| 607 | Fenofibratum | Grofibrat S, Fenofibratum, tabl. powl., 215, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991201173 |
| 608 | Fenofibratum | Grofibrat S, Fenofibratum, tabl. powl., 160, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907594031500 |
| 609 | Fenofibratum | Grofibrat S, Fenofibratum, tabl. powl., 160, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05907594031609 |
| 610 | Fenofibratum | Grofibrat S, Fenofibratum, tabl. powl., 215, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05907594031807 |
| 611 | Fenofibratum | Grofibrat S, Fenofibratum, tabl. powl., 215, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907594031708 |
| 612 | Fenofibratum | Grofibrat M, Fenofibratum, kapsułki twarde, 267, mg, 90 kaps. | 90 kaps. | 05907594032507 |
| 613 | Fenofibratum | Grofibrat M, Fenofibratum, kapsułki twarde, 267, mg, 60 kaps. | 60 kaps. | 05907594032408 |
| 614 | Fenofibratum | Grofibrat M, Fenofibratum, kapsułki twarde, 267, mg, 30 kaps. | 30 kaps. | 05907594032309 |
| 615 | Fenoterolum | Berotec N 100, Fenoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100, µg/dawkę, 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 |
| 616 | Fenoterolum + Ipratropii bromidum | Berodual, Fenoterolum + Ipratropii bromidum, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25, mg/ml, 20 ml | 20 ml | 05909990101917 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 617 | Fenoterolum + Ipratropii bromidum | Berodual N, Fenoterolum + Ipratropii bromidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 dawek | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 |
| 618 | Finasteridum | Finpros 5 mg, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990017973 |
| 619 | Finasteridum | Hyplafin, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990017997 |
| 620 | Finasteridum | Finaran, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990082391 |
| 621 | Finasteridum | Symasteride, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990074105 |
| 622 | Finasteridum | Antiprost, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909990067770 |
| 623 | Finasteridum | Apo-Fina, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990048670 |
| 624 | Finasteridum | Finxta, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990050895 |
| 625 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990055098 |
| 626 | Finasteridum | Androster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990055470 |
| 627 | Finasteridum | FinaGen, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990692781 |
| 628 | Finasteridum | Proscar, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990362110 |
| 629 | Finasteridum | Androster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990906154 |
| 630 | Finasteridum | Finaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990811045 |
| 631 | Finasteridum | Finamef, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990713127 |
| 632 | Finasteridum | Finamef, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990713141 |
| 633 | Finasteridum | Finaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909991151218 |
| 634 | Finasteridum | Zasterid, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991053710 |
| 635 | Finasteridum | Uronezyr, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991088842 |
| 636 | Finasteridum | Apo-Fina, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990938797 |
| 637 | Finasteridum | Symasteride, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991107871 |
| 638 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991096571 |
| 639 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991096601 |
| 640 | Finasteridum | Finamef, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991222673 |
| 641 | Finasteridum | Finaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05909991207311 |
| 642 | Finasteridum | Adaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990711987 |
| 643 | Finasteridum | Adaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990711949 |
| 644 | Finasteridum | Finamef, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991282288 |
| 645 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, Finasteridum, tabletki powlekane, 5, mg, 120 tabl. | 120 tabl. | 05909991284053 |
| 646 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, Finasteridum, tabletki powlekane, 5, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991289430 |
| 647 | Finasteridum | Penester, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990077267 |
| 648 | Finasteridum | Penester, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 05909990077274 |
| 649 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 150 ml (but.) | 150 ml (but.) | 05909990859511 |
| 650 | Fluconazolum | Fluconazin, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 1 but.po 150 ml | 1 but.po 150 ml | 05909991097219 |
| 651 | Fluconazolum | Flumycon, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 150 ml w butelce | 150 ml w butelce | 05909990841707 |
| 652 | Fluconazolum | Candifluc, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 1 but. 150 ml | 1 but. 150 ml | 05909991257804 |
| 653 | Fluconazolum | Fluconazole Hasco, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 1 but. 150 ml | 1 but. 150 ml | 05909991273798 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 654 | Fludrocortisonum | Cortineff, Fludrocortisonum, tabl., 100, µg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990170319 |
| 655 | Fludrocortisonum | Cortineff, Fludrocortisonum, tabl., 100, µg, 20 szt. | 20 szt. | 05904374007885 |
| 656 | Fluoxetinum | Seronil, Fluoxetinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990374311 |
| 657 | Fluoxetinum | Seronil, Fluoxetinum, tabl. powl., 10, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990374328 |
| 658 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990770311 |
| 659 | Fluoxetinum | Fluoksetyna EGIS, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990776955 |
| 660 | Fluoxetinum | Bioxetin, Fluoxetinum, tabl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990372317 |
| 661 | Fluoxetinum | Andepin, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991065515 |
| 662 | Fluoxetinum | Fluxemed, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990742509 |
| 663 | Fluoxetinum | Fluoxetine Aurovitas, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991317621 |
| 664 | Fluticasoni propionas | Cutivate, Fluticasoni propionas, krem, 0.5, mg/g, 15 g | 15 g | 05909990365012 |
| 665 | Fluticasoni propionas | Cutivate, Fluticasoni propionas, maść, 0.05, mg/g, 15 g | 15 g | 05909990365111 |
| 666 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 |
| 667 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 |
| 668 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 |
| 669 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990906918 |
| 670 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990907014 |
| 671 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990907113 |
| 672 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek) | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 |
| 673 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek) | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 |
| 674 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek) | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 |
| 675 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 |
| 676 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 |
| 677 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05906720534687 |
| 678 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05906720534670 |
| 679 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 |
| 680 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 |
| 681 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę odmierzoną, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 |
| 682 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę odmierzoną, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 |
| 683 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 |
| 684 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 |
| 685 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 |
| 686 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 120 dawek | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403959 |
| 687 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 inhalator 120 dawek | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403966 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 688 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 inhalator 120 dawek | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403898 |
| 689 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 |
| 690 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 |
| 691 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 |
| 692 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw. | 60 daw. | 05909990484522 |
| 693 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw. | 60 daw. | 05909990484621 |
| 694 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 250, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw. | 60 daw. | 05909990484720 |
| 695 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 500, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw. | 60 daw. | 05909990484829 |
| 696 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50, µg, 120 daw. | 120 daw. | 05909990851317 |
| 697 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125, µg, 60 daw. | 60 daw. | 05909990851416 |
| 698 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125, µg, 120 daw. | 120 daw. | 05909990851423 |
| 699 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250, µg, 60 daw. | 60 daw. | 05909990851515 |
| 700 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250, µg, 120 daw. | 120 daw. | 05909990851522 |
| 701 | Fluticasonum | Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909990785858 |
| 702 | Fluticasonum | Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909990785889 |
| 703 | Fluticasonum | Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125, µg, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909990938001 |
| 704 | Fluticasonum | Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250, µg, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909990938025 |
| 705 | Fluvoxamini maleas | Fevarin, Fluvoxamini maleas, tabl. powl., 50, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991431167 |
| 706 | Fluvoxamini maleas | Fevarin, Fluvoxamini maleas, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991431211 |
| 707 | Fluvoxaminum | Fevarin, Fluvoxaminum, tabl. powl., 50, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990347728 |
| 708 | Fluvoxaminum | Fevarin, Fluvoxaminum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990347827 |
| 709 | Formoteroli fumaras | Foramed, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg/dawkę inhalacyjną, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 05909991109523 |
| 710 | Formoteroli fumaras | Zafiron, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909990937981 |
| 711 | Formoteroli fumaras | Foradil, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 180 szt. | 180 szt. | 07613421020934 |
| 712 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909990849000 |
| 713 | Formoterolum | Oxis Turbuhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 4.5, µg/dawkę, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 |
| 714 | Formoterolum | Oxis Turbuhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 9, µg/dawkę, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 |
| 715 | Formoterolum | Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12, µg, 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 05909990614400 |
| 716 | Formoterolum | Atimos, Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12, µg/dawkę odmierzoną, 1 szt. (1 poj.po 120 daw.) | 1 szt. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990620777 |
| 717 | Formoterolum | Zafiron, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.) | 60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.) | 05909990975914 |
| 718 | Formoterolum | Foradil, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990792924 |
| 719 | Formoterolum | Formoterol Easyhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 12, mcg, 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 |
| 720 | Formoterolum | Oxodil PPH, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 120 szt. | 120 szt. | 05909990996681 |
| 721 | Formoterolum | Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12, µg, 120 szt (2 but.po 60 szt.) | 120 szt (2 but.po 60 szt.) | 05909991218287 |
| 722 | Formoterolum | Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12, µg, 180 szt (3 but.po 60 szt.) | 180 szt (3 but.po 60 szt.) | 05909991218294 |
| 723 | Formoterolum | Foramed, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg/dawkę inhalacyjną, 120 szt. | 120 szt. | 05909991086602 |
| 724 | Furaginum/Furazidinum | Furaginum Teva, Furaginum/Furazidinum, tabl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990988235 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 725 | Furaginum/Furazidinum | Furaginum Adamed, Furaginum/Furazidinum, tabl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990357215 |
| 726 | Furaginum/Furazidinum | Furaginum Teva, Furaginum/Furazidinum, tabletki, 100, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991373238 |
| 727 | Furaginum/Furazidinum | Furazek, Furaginum/Furazidinum, tabletki, 100, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991304102 |
| 728 | Furosemidum | Furosemidum Polpharma, Furosemidum, tabl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990135028 |
| 729 | Furosemidum | Furosemidum Polfarmex, Furosemidum, tabl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990223794 |
| 730 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, Gabapentinum, tabl. powl., 600, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990338542 |
| 731 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990339495 |
| 732 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, Gabapentinum, tabl. powl., 800, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990338658 |
| 733 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990339709 |
| 734 | Gabapentinum | Neuran 100, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 1 but.po 100 szt. | 1 but.po 100 szt. | 05909990651535 |
| 735 | Gabapentinum | Neuran 300, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 1 but.po 100 szt. | 1 but.po 100 szt. | 05909990651566 |
| 736 | Gabapentinum | Neuran 400, Gabapentinum, kaps. twarde, 400, mg, 1 but.po 100 szt. | 1 but.po 100 szt. | 05909990651603 |
| 737 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, Gabapentinum, kaps. twarde, 400, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990339600 |
| 738 | Gabapentinum | Symleptic, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990685554 |
| 739 | Gabapentinum | Symleptic, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990685561 |
| 740 | Gabapentinum | Gabagamma 100, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990714322 |
| 741 | Gabapentinum | Neurontin 600, Gabapentinum, tabl. powl., 600, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909991017422 |
| 742 | Gabapentinum | Neurontin 800, Gabapentinum, tabl. powl., 800, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909991017521 |
| 743 | Gabapentinum | Neurontin 100, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990769216 |
| 744 | Gabapentinum | Neurontin 300, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990769315 |
| 745 | Gabapentinum | Neurontin 400, Gabapentinum, kaps. twarde, 400, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990769414 |
| 746 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg , 100 szt. | 100 szt. | 05909991331108 |
| 747 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg , 100 szt. | 100 szt. | 05909991331153 |
| 748 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, Gabapentinum, kaps. twarde, 400, mg , 100 szt. | 100 szt. | 05909991331207 |
| 749 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991425340 |
| 750 | Gentamicinum | Gentamicin KRKA, Gentamicinum, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40, mg/ml, 10 amp.po 1 ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990095711 |
| 751 | Gentamicinum | Gentamicin KRKA, Gentamicinum, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40, mg/ml, 10 amp.po 2 ml | 10 amp.po 2 ml | 05909990095728 |
| 752 | Gentamicinum | Gentamicin WZF 0,3%, Gentamicinum, krople do oczu, roztwór, 3, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990092413 |
| 753 | Gliclazidum | Gliclada, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990647224 |
| 754 | Gliclazidum | Gliclada, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990647231 |
| 755 | Gliclazidum | Diabrezide, Gliclazidum, tabl., 80, mg, 40 szt. (2 blist.po 20 szt.) | 40 szt. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990359912 |
| 756 | Gliclazidum | Diaprel MR, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 60 szt. (2 blist.po 30 szt.) | 60 szt. (2 blist.po 30 szt.) | 05909990443017 |
| 757 | Gliclazidum | Diazidan, Gliclazidum, tabl., 80, mg, 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 05909990911127 |
| 758 | Gliclazidum | Gliclada, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991056100 |
| 759 | Gliclazidum | Gliclada, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991056131 |
| 760 | Gliclazidum | Gliclastad, Gliclazidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991004002 |
| 761 | Gliclazidum | Gliclastad, Gliclazidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991004026 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 762 | Gliclazidum | Gliclada, Gliclazidum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991267230 |
| 763 | Gliclazidum | Oziclide MR, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991226305 |
| 764 | Gliclazidum | Oziclide MR, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991226299 |
| 765 | Gliclazidum | Clazicon, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991267155 |
| 766 | Gliclazidum | Clazicon, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991267162 |
| 767 | Gliclazidum | Symazide MR 60, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991257392 |
| 768 | Gliclazidum | Salson, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991267193 |
| 769 | Gliclazidum | Salson, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991267186 |
| 770 | Gliclazidum | Glikuron, Gliclazidum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991263171 |
| 771 | Gliclazidum | Glikuron, Gliclazidum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991256548 |
| 772 | Gliclazidum | Diagen, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991216023 |
| 773 | Gliclazidum | Symazide MR 60, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991257408 |
| 774 | Gliclazidum | Symazide MR 30, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991291648 |
| 775 | Glimepiridum | GlimeHexal 1, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337453 |
| 776 | Glimepiridum | GlimeHexal 2, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337521 |
| 777 | Glimepiridum | Amaryl 1, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990744817 |
| 778 | Glimepiridum | Glidiamid, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990430543 |
| 779 | Glimepiridum | Glidiamid, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990430567 |
| 780 | Glimepiridum | Amaryl 3, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990745012 |
| 781 | Glimepiridum | Amaryl 4, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990745111 |
| 782 | Glimepiridum | GlimeHexal 3, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338078 |
| 783 | Glimepiridum | GlimeHexal 4, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338146 |
| 784 | Glimepiridum | GlimeHexal 6, Glimepiridum, tabl., 6, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338207 |
| 785 | Glimepiridum | Amaryl 2, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990744916 |
| 786 | Glimepiridum | Symglic, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573196 |
| 787 | Glimepiridum | Symglic, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570348 |
| 788 | Glimepiridum | Symglic, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570355 |
| 789 | Glimepiridum | Symglic, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570362 |
| 790 | Glimepiridum | Symglic, Glimepiridum, tabl., 6, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570379 |
| 791 | Glimepiridum | Diaril, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566082 |
| 792 | Glimepiridum | Diaril, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566105 |
| 793 | Glimepiridum | Diaril, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566129 |
| 794 | Glimepiridum | Diaril, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566143 |
| 795 | Glimepiridum | Glitoprel, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990085903 |
| 796 | Glimepiridum | Glitoprel, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990085927 |
| 797 | Glimepiridum | Glitoprel, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990085934 |
| 798 | Glimepiridum | Glitoprel, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990085941 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 799 | Glimepiridum | Glibetic 3 mg, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991097417 |
| 800 | Glimepiridum | Glibetic 2 mg, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991097516 |
| 801 | Glimepiridum | Glibetic 1 mg, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991097615 |
| 802 | Glimepiridum | Glibetic 4 mg, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991097318 |
| 803 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991075996 |
| 804 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991075798 |
| 805 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991075590 |
| 806 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991075378 |
| 807 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991365790 |
| 808 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991365868 |
| 809 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991365936 |
| 810 | Glipizidum | Glipizide BP, Glipizidum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990791712 |
| 811 | Glucagonum | GlucaGen 1 mg HypoKit, Glucagonum, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1, mg, 1 fiol. | 1 fiol. | 05909990693313 |
| 812 | Glyceroli trinitras | Sustonit, Glyceroli trinitras, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5, mg, 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.) | 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990183036 |
| 813 | Glycopyrronii bromidum | Seebri Breezhaler, Glycopyrronii bromidum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44, µg, 30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator | 30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator | 05909991000882 |
| 814 | Hydrocortisoni butyras | Laticort 0,1%, Hydrocortisoni butyras, płyn na skórę, 1, mg/ml, 20 ml | 20 ml | 05909990229215 |
| 815 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum AFP, Hydrocortisonum, krem, 10, mg/g, 1 tuba po 15 g | 1 tuba po 15 g | 05909990950317 |
| 816 | Imidaprilum | Tanatril, Imidaprilum, tabl., 5, mg, 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991069810 |
| 817 | Imidaprilum | Tanatril, Imidaprilum, tabl., 10, mg, 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991069919 |
| 818 | Imidaprilum | Tanatril, Imidaprilum, tabl., 20, mg, 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991070014 |
| 819 | Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum | Ultibro Breezhaler, Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43, µg, 30 szt. + inhal. | 30 szt. + inhal. | 05909991080921 |
| 820 | Indapamidum | Indapres, Indapamidum, tabl. powl., 2.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990223121 |
| 821 | Indapamidum | Ipres long 1,5, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990012688 |
| 822 | Indapamidum | Indapen SR, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.) | 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990665907 |
| 823 | Indapamidum | Rawel SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990424801 |
| 824 | Indapamidum | Rawel SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990424849 |
| 825 | Indapamidum | Indapen, Indapamidum, tabl. powl., 2.5, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990863013 |
| 826 | Indapamidum | Symapamid SR, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990734993 |
| 827 | Indapamidum | Tertensif SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990738212 |
| 828 | Indapamidum | Opamid, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990770182 |
| 829 | Indapamidum | Diuresin SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990975815 |
| 830 | Indapamidum | Indapamide SR, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990644933 |
| 831 | Indapamidum | Ivipamid, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990834730 |
| 832 | Indapamidum | Indix SR, Indapamidum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991025014 |
| 833 | Indapamidum | Indapamide KRKA, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990957125 |
| 834 | Indapamidum | Indapamide SR Genoptim, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990799398 |
| 835 | Indapamidum | Diuresin SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991276621 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 836 | Indapamidum | Indix SR, Indapamidum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05908289660401 |
| 837 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, Indapamidum + Amlodipinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991092597 |
| 838 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, Indapamidum + Amlodipinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991092566 |
| 839 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 30 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 |
| 840 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Insuman Comb 25, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990915613 |
| 841 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 40 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990347124 |
| 842 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 50 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 |
| 843 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 2, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 |
| 844 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 3, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 |
| 845 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 4, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 |
| 846 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 5, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 |
| 847 | Insulini injectio neutralis | Actrapid Penfill, Insulini injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 |
| 848 | Insulini injectio neutralis | Insuman Rapid, Insulini injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990914715 |
| 849 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 |
| 850 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, Insulinum aspartum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 |
| 851 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, Insulinum aspartum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 |
| 852 | Insulinum aspartum | Fiasp, Insulinum aspartum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 |
| 853 | Insulinum aspartum | Fiasp, Insulinum aspartum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 1 fiol. a 10 ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 |
| 854 | Insulinum aspartum | NovoRapid, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 |
| 855 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar | 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar | 05909991429171 |
| 856 | Insulinum degludecum | Tresiba, Insulinum degludecum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909991107833 |
| 857 | Insulinum degludecum | Tresiba, Insulinum degludecum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200, j/ml, 3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch) | 3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch) | 05909991107864 |
| 858 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, Insulinum degludecum + Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml Penfill | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 |
| 859 | Insulinum detemirum | Levemir, Insulinum detemirum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 |
| 860 | Insulinum glarginum | Lantus, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 5 wkładów po 3 ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 |
| 861 | Insulinum glarginum | Lantus, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 |
| 862 | Insulinum glarginum | Toujeo, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300, j/ml, 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 |
| 863 | Insulinum glarginum | Abasaglar, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 10 wkł.po 3 ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 |
| 864 | Insulinum glulisinum | Apidra, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 |
| 865 | Insulinum glulisinum | Apidra, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j./ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 |
| 866 | Insulinum glulisinum | Apidra SoloStar, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrz.po 3 ml | 5 wstrz.po 3 ml | 05909990617197 |
| 867 | Insulinum humanum | Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672448 |
| 868 | Insulinum humanum | Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672585 |
| 869 | Insulinum humanum | Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672363 |
| 870 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 871 | Insulinum humanum | Humulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 |
| 872 | Insulinum humanum | Humulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 |
| 873 | Insulinum humanum | Gensulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990852017 |
| 874 | Insulinum humanum | Gensulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 |
| 875 | Insulinum humanum | Gensulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990852314 |
| 876 | Insulinum humanum | Gensulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 |
| 877 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990853014 |
| 878 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 |
| 879 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 |
| 880 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 |
| 881 | Insulinum humanum | Polhumin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 |
| 882 | Insulinum humanum | Polhumin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 |
| 883 | Insulinum isophanum | Insuman Basal, Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990915019 |
| 884 | Insulinum isophanum | Insulatard Penfill, Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 |
| 885 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, Insulinum lisprum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100, j./ml, 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 |
| 886 | Insulinum lisprum | Liprolog, Insulinum lisprum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 10 wkł.po 3 ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 |
| 887 | Insulinum lisprum | Liprolog, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 1 fiol. a 10 ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990005482 |
| 888 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 200, j.m./ml, 5 wstrzyk. po 3 ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 |
| 889 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 5 wstrzyk. po 3 ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 |
| 890 | Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog Mix25, Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 |
| 891 | Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog Mix50, Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 |
| 892 | Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog, Insulinum lisprum, injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 |
| 893 | Ipratropii bromidum | Atrovent, Ipratropii bromidum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250, µg/ml, 1 but.po 20 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 |
| 894 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, Ipratropii bromidum, aerozol wziewny, roztwór, 20, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 |
| 895 | Ipratropii bromidum | Atrodil, Ipratropii bromidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20, µg, 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 |
| 896 | Irbesartanum | Irprestan, Irbesartanum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990747054 |
| 897 | Irbesartanum | Irprestan, Irbesartanum, tabl. powl., 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990747085 |
| 898 | Irbesartanum | Irprestan, Irbesartanum, tabl. powl., 300, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990747122 |
| 899 | Irbesartanum | Irbesartan Aurovitas, Irbesartanum, tabl., 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991334178 |
| 900 | Irbesartanum | Irbesartan Aurovitas, Irbesartanum, tabl., 300, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991334208 |
| 901 | Kalii chloridum | Kalipoz Prolongatum, Kalii chloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391, mg, 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 05909990257539 |
| 902 | Kalii citras + Kalii hydrocarbonas | Kalium Effervescens bezcukrowy, Kalii citras + Kalii hydrocarbonas, granulat musujący, 782, mg jonów potasu/3 g, 20 sasz.po 3 g | 20 sasz.po 3 g | 05909990269310 |
| 903 | Lacidipinum | Lacipil, Lacidipinum, tabl. powl., 2, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990650521 |
| 904 | Lacidipinum | Lacipil, Lacidipinum, tabl. powl., 4, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990650620 |
| 905 | Lacidipinum | Lacipil, Lacidipinum, tabl. powl., 6, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990625697 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 906 | Lacidipinum | Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991134907 |
| 907 | Lacidipinum | Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991134938 |
| 908 | Lacidipinum | Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 6, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991134969 |
| 909 | Lacidipinum | Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 2, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05907695215205 |
| 910 | Lacidipinum | Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 4, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05907695215212 |
| 911 | Lacidipinum | Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 6, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05907695215229 |
| 912 | Lacidipinum | Lacydyna, Lacidipinum, tabl. powl., 4, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991105563 |
| 913 | Lacidipinum | Lacydyna, Lacidipinum, tabl. powl., 6, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991105549 |
| 914 | Latanoprostum | Xalatan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml (0,005%), 2,5 ml (but.) | 2,5 ml (but.) | 05909990411818 |
| 915 | Latanoprostum | Xaloptic, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 2,5 ml (but.) | 2,5 ml (but.) | 05909990741311 |
| 916 | Latanoprostum | Latalux, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990813582 |
| 917 | Latanoprostum | Rozaprost, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/1 ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990841448 |
| 918 | Latanoprostum | Xaloptic, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 3 but.po 2,5 ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060601673 |
| 919 | Latanoprostum | Monoprost, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50, µg/ml, 30 poj. | 30 poj. | 05909991019693 |
| 920 | Latanoprostum | Akistan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990995479 |
| 921 | Latanoprostum | Latanoprost Genoptim, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990931873 |
| 922 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 30 poj. | 30 poj. | 05909991102883 |
| 923 | Latanoprostum | Latanoprost STADA, Latanoprostum, krople do oczu, 50, µg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990853007 |
| 924 | Latanoprostum | Monoprost, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50, µg/ml, 90 szt. | 90 szt. | 05909991019709 |
| 925 | Latanoprostum | Rozaprost, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 3 but.po 2,5 ml | 3 but.po 2,5 ml | 05900411001298 |
| 926 | Latanoprostum | Xaloptic Free, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 30 szt. | 30 szt. | 05909991220365 |
| 927 | Latanoprostum | Xaloptic Free, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 90 szt. | 90 szt. | 05909991220396 |
| 928 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 90 poj. | 90 poj. | 05909991102890 |
| 929 | Latanoprostum | Akistan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 3 but.po 2,5 ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991189792 |
| 930 | Latanoprostum | Vizilatan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 3 but.a 2,5 ml | 3 but.a 2,5 ml | 05903546007531 |
| 931 | Latanoprostum | Vizilatan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 1 but.a 2,5 ml | 1 but.a 2,5 ml | 05903546007524 |
| 932 | Latanoprostum | Xalatan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 3 but.a 2,5 ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909990411825 |
| 933 | Latanoprostum | Latadrop, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 1 but.a 2,5 ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909990807079 |
| 934 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990879687 |
| 935 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,05+5, mg/ml, 2,5 ml (but.) | 2,5 ml (but.) | 05909991057213 |
| 936 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990894543 |
| 937 | Latanoprostum + Timololum | Tilaprox, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, 50+5, µg/ml + mg/ml, 2,5 ml | 2,5 ml | 05909990946587 |
| 938 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 3 but.po 2,5 ml | 3 but.po 2,5 ml | 05906414000948 |
| 939 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 3 but.po 2,5 ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060606630 |
| 940 | Latanoprostum + Timololum | Latanoprost Timolol Genoptim, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 1 but. po 2,5 ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991306649 |
| 941 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,05+5, mg/ml, 3 but.a 2,5 ml | 3 but.a 2,5 ml | 05415062343609 |
| 942 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 3 but.po 2,5 ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991429256 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 943 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 1 but. po 2,5 ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991429249 |
| 944 | Leflunomidum | Arava, Leflunomidum, tabl. powl., 10, mg, 30 tabl. (but.) | 30 tabl. (but.) | 05909990977826 |
| 945 | Leflunomidum | Arava, Leflunomidum, tabl. powl., 20, mg, 30 tabl. (but.) | 30 tabl. (but.) | 05909990977925 |
| 946 | Leflunomidum | Leflunomide medac, Leflunomidum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 04037353010604 |
| 947 | Leflunomidum | Leflunomide medac, Leflunomidum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 04037353010628 |
| 948 | Leflunomidum | Leflunomide Sandoz, Leflunomidum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990858651 |
| 949 | Leflunomidum | Leflunomide medac, Leflunomidum, tabl. powl., 15, mg, 30 szt. | 30 szt. | 04037353015388 |
| 950 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, Leflunomidum, tabletki powlekane, 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991309145 |
| 951 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, Leflunomidum, tabletki powlekane, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991309138 |
| 952 | Leflunomidum | Arava, Leflunomidum, tabletki powlekane, 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05901878600482 |
| 953 | Leflunomidum | Leflunomide Zentiva, Leflunomidum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991416683 |
| 954 | Leflunomidum | Leflunomide Zentiva, Leflunomidum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991416720 |
| 955 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, Levodopum + Benserazidum, kaps., 50+12,5, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990094912 |
| 956 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, Levodopum + Benserazidum, kaps., 100+25, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990095018 |
| 957 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 250 mg, Levodopum + Benserazidum, tabl., 200+50, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990095117 |
| 958 | Levodopum + Benserazidum | Madopar, Levodopum + Benserazidum, kaps., 200+50, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990095216 |
| 959 | Levodopum + Benserazidum | Madopar HBS, Levodopum + Benserazidum, kaps., 100+25, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990377510 |
| 960 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, Levodopum + Benserazidum, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990748624 |
| 961 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, Levodopum + Benserazidum, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990748723 |
| 962 | Levodopum + Carbidopum | Nakom, Levodopum + Carbidopum, tabl., 250+25, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990175215 |
| 963 | Levodopum + Carbidopum | Nakom Mite, Levodopum + Carbidopum, tabl., 100+25, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990175314 |
| 964 | Levodopum + Carbidopum | Sinemet CR 200/50, Levodopum + Carbidopum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990020416 |
| 965 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990168910 |
| 966 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990374014 |
| 967 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 137, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990719037 |
| 968 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 88, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990718986 |
| 969 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 112, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990719006 |
| 970 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990820610 |
| 971 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, Levothyroxinum natricum, tabl., 25, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051112 |
| 972 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, Levothyroxinum natricum, tabl., 25, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051129 |
| 973 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051211 |
| 974 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051228 |
| 975 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051310 |
| 976 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051327 |
| 977 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051419 |
| 978 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051426 |
| 979 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051518 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 980 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051525 |
| 981 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051617 |
| 982 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051624 |
| 983 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, Levothyroxinum natricum, tabl., 175, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051716 |
| 984 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, Levothyroxinum natricum, tabl., 200, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051815 |
| 985 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991107260 |
| 986 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991107307 |
| 987 | Lisinoprilum | Lisiprol, Lisinoprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990682409 |
| 988 | Lisinoprilum | Lisiprol, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990682447 |
| 989 | Lisinoprilum | Lisiprol, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990682461 |
| 990 | Lisinoprilum | Lisinoratio 5, Lisinoprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990939718 |
| 991 | Lisinoprilum | Lisinoratio 10, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990939817 |
| 992 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990939916 |
| 993 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 5, Lisinoprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991013318 |
| 994 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991013417 |
| 995 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991013516 |
| 996 | Lisinoprilum | Ranopril, Lisinoprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991132927 |
| 997 | Lisinoprilum | Ranopril, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133023 |
| 998 | Lisinoprilum | Ranopril, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133122 |
| 999 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991235826 |
| 1000 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991235819 |
| 1001 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabletki, 20, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991266608 |
| 1002 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabletki, 20, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991357337 |
| 1003 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabletki, 20, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991365691 |
| 1004 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, Lisinoprilum, tabletki, 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991392697 |
| 1005 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, Lisinoprilum + Amlodipinum, tabl., 10+5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990701803 |
| 1006 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, Lisinoprilum + Amlodipinum, tabl., 20+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990761685 |
| 1007 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, Lisinoprilum + Amlodipinum, tabl., 20+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990970520 |
| 1008 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 10+12,5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990708352 |
| 1009 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 20+12,5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990708369 |
| 1010 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 20+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991167714 |
| 1011 | Loperamidi hydrochloridum | Loperamid WZF, Loperamidi hydrochloridum, tabl., 2, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990038220 |
| 1012 | Losartan potassium + Hydrochlorothiazid | Losacor HCT, Losartan potassium + Hydrochlorothiazid, tabl. powl., 50+12,5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990729685 |
| 1013 | Losartanum | Cozaar, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990674411 |
| 1014 | Losartanum | Lorista, Losartanum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990638659 |
| 1015 | Losartanum | Losagen, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990639885 |
| 1016 | Losartanum | Losartic, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990621439 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1017 | Losartanum | Xartan, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990481118 |
| 1018 | Losartanum | Presartan, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990724345 |
| 1019 | Losartanum | Lorista, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990818914 |
| 1020 | Losartanum | Lozap 50, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990573905 |
| 1021 | Losartanum | Lakea, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991108212 |
| 1022 | Losartanum | Losacor, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991055110 |
| 1023 | Losartanum | Lorista, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990649112 |
| 1024 | Losartanum | Lorista, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990649129 |
| 1025 | Losartanum | Losartan KRKA, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990956654 |
| 1026 | Losartanum | Losartan Genoptim, Losartanum, tabletki powlekane, 100, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991297060 |
| 1027 | Losartanum | Losartan Genoptim, Losartanum, tabletki powlekane, 50, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991296940 |
| 1028 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991105655 |
| 1029 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991105679 |
| 1030 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991105693 |
| 1031 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991105723 |
| 1032 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991105747 |
| 1033 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+10, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991105761 |
| 1034 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 100+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991105785 |
| 1035 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 100+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991105853 |
| 1036 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990337392 |
| 1037 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990433612 |
| 1038 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HD, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+25, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645565 |
| 1039 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990721641 |
| 1040 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990721894 |
| 1041 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990686339 |
| 1042 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990686360 |
| 1043 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lozap HCT, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990611980 |
| 1044 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Loreblok HCT, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990778843 |
| 1045 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losartan HCT Bluefish, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+25, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990810796 |
| 1046 | Losartanum kalicum | Loreblok, Losartanum kalicum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990770601 |
| 1047 | Losartanum kalicum | Cozaar, Losartanum kalicum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073428 |
| 1048 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar Forte, Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990970513 |
| 1049 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HL, Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990816484 |
| 1050 | Lovastatinum | Liprox, Lovastatinum, tabl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990842315 |
| 1051 | Lovastatinum | Lovasterol, Lovastatinum, tabl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990422159 |
| 1052 | Mesalazinum | Salofalk 500, Mesalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990400119 |
| 1053 | Mesalazinum | Salofalk 500, Mesalazinum, czopki, 500, mg, 30 szt. (6 blist.po 5 szt.) | 30 szt. (6 blist.po 5 szt.) | 05909990422227 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1054 | Mesalazinum | Pentasa, Mesalazinum, czopki, 1, g, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990656813 |
| 1055 | Mesalazinum | Pentasa, Mesalazinum, czopki, 1, g, 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990656820 |
| 1056 | Mesalazinum | Pentasa, Mesalazinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990662111 |
| 1057 | Mesalazinum | Asamax 250, Mesalazinum, czopki, 250, mg, 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.) | 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.) | 05909991083816 |
| 1058 | Mesalazinum | Asamax 500, Mesalazinum, czopki, 500, mg, 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.) | 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.) | 05909991083915 |
| 1059 | Mesalazinum | Asamax 250, Mesalazinum, tabl. dojel., 250, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991084011 |
| 1060 | Mesalazinum | Asamax 500, Mesalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991084110 |
| 1061 | Mesalazinum | Crohnax, Mesalazinum, czopki, 250, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991074012 |
| 1062 | Mesalazinum | Pentasa, Mesalazinum, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1, g, 50 sasz.po 2 g granulatu | 50 sasz.po 2 g granulatu | 05909990855315 |
| 1063 | Mesalazinum | Salofalk 1 g, Mesalazinum, czopki, 1, g, 30 szt. | 30 szt. | 05909990806430 |
| 1064 | Mesalazinum | Pentasa, Mesalazinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1, g, 60 szt. | 60 szt. | 05909990974375 |
| 1065 | Mesalazinum | Crohnax, Mesalazinum, czopki, 1000, mg, 15 szt. | 15 szt. | 05907529110003 |
| 1066 | Mesalazinum | Crohnax, Mesalazinum, czopki, 500, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05907529109809 |
| 1067 | Mesalazinum | Crohnax, Mesalazinum, czopki, 1000, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05907529110027 |
| 1068 | Mesalazinum | Pentasa, Mesalazinum, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2, g, 60 sasz. | 60 sasz. | 05909990974184 |
| 1069 | Mesalazinum | Pentasa, Mesalazinum, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4, g, 30 sasz. | 30 sasz. | 05909991273989 |
| 1070 | Mesalazinum | Crohnax, Mesalazinum, czopki, 1000, mg, 14 szt. | 14 szt. | 05907529109908 |
| 1071 | Mesalazinum | Crohnax, Mesalazinum, czopki, 1000, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05907529110010 |
| 1072 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, Metformini hydrochloridum, tabl., 500, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990126316 |
| 1073 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990078943 |
| 1074 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990078950 |
| 1075 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990078974 |
| 1076 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990078981 |
| 1077 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990079001 |
| 1078 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990079025 |
| 1079 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990053056 |
| 1080 | Metformini hydrochloridum | Metfogamma 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990654598 |
| 1081 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990652112 |
| 1082 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698141 |
| 1083 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698172 |
| 1084 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698257 |
| 1085 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698271 |
| 1086 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, Metformini hydrochloridum, tabl., 850, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990450718 |
| 1087 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750, mg, 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990213436 |
| 1088 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990624768 |
| 1089 | Metformini hydrochloridum | Metfogamma 850, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991032913 |
| 1090 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 850 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990789290 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1091 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990864461 |
| 1092 | Metformini hydrochloridum | Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990765386 |
| 1093 | Metformini hydrochloridum | Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990765409 |
| 1094 | Metformini hydrochloridum | Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990765430 |
| 1095 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990078967 |
| 1096 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990079032 |
| 1097 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990078998 |
| 1098 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990933167 |
| 1099 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990933174 |
| 1100 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05909991252069 |
| 1101 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, Metformini hydrochloridum, tabl., 850, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990935277 |
| 1102 | Metformini hydrochloridum | Etform, Metformini hydrochloridum, tabletki powlekane, 1000, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991352400 |
| 1103 | Metformini hydrochloridum | Etform, Metformini hydrochloridum, tabletki powlekane, 1000, mg, 120 tabl. | 120 tabl. | 05909991352417 |
| 1104 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991271695 |
| 1105 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991271732 |
| 1106 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991271701 |
| 1107 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991271756 |
| 1108 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991271749 |
| 1109 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991271763 |
| 1110 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05903060614406 |
| 1111 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05903060614420 |
| 1112 | Metformini hydrochloridum | Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05903060614444 |
| 1113 | Metformini hydrochloridum | Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05903792661600 |
| 1114 | Metformini hydrochloridum | Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05903792661587 |
| 1115 | Metformini hydrochloridum | Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05903792661563 |
| 1116 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991404918 |
| 1117 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991404925 |
| 1118 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991404895 |
| 1119 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991404901 |
| 1120 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991395254 |
| 1121 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991395261 |
| 1122 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991395292 |
| 1123 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05909991395278 |
| 1124 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991395322 |
| 1125 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991395285 |
| 1126 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991395339 |
| 1127 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991395247 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1128 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05909991394585 |
| 1129 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991394554 |
| 1130 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05909991394516 |
| 1131 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991394486 |
| 1132 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991394431 |
| 1133 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05909991394462 |
| 1134 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 120 szt. | 120 szt. | 05909991425845 |
| 1135 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991425838 |
| 1136 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991425821 |
| 1137 | Metforminum | Siofor 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990220984 |
| 1138 | Metforminum | Siofor 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990220991 |
| 1139 | Metforminum | Siofor 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 05909990221004 |
| 1140 | Metforminum | Siofor 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 120 szt. (8 blist.po 15 szt.) | 120 szt. (8 blist.po 15 szt.) | 05909990221028 |
| 1141 | Metforminum | Glucophage XR, Metforminum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990213429 |
| 1142 | Metforminum | Siofor 500, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990457212 |
| 1143 | Metforminum | Siofor 500, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990457229 |
| 1144 | Metforminum | Siofor 850, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990457311 |
| 1145 | Metforminum | Metformin Galena, Metforminum, tabl., 500, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990462018 |
| 1146 | Metforminum | Glucophage XR, Metforminum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990624751 |
| 1147 | Metforminum | Metifor, Metforminum, tabl., 500, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990495115 |
| 1148 | Metforminum | Metformin Bluefish, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990705474 |
| 1149 | Metforminum | Metformin Bluefish, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990705726 |
| 1150 | Metforminum | Metformin Bluefish, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990705894 |
| 1151 | Metforminum | Glucophage 1000 mg, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990717248 |
| 1152 | Metforminum | Metformin Galena, Metforminum, tabl., 850, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990928019 |
| 1153 | Metforminum | Avamina, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990765423 |
| 1154 | Metforminum | Avamina, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990765379 |
| 1155 | Metforminum | Avamina, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990765393 |
| 1156 | Metforminum | Glucophage 500 mg, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990789276 |
| 1157 | Metforminum | Glucophage, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990789306 |
| 1158 | Metforminum | Siofor 500, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 04013054024331 |
| 1159 | Metforminum | Siofor 850, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 90 szt. | 90 szt. | 04013054024348 |
| 1160 | Metforminum | Siofor 500, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 120 szt. (12 blist.po 10 szt.) | 120 szt. (12 blist.po 10 szt.) | 05909990457236 |
| 1161 | Metforminum | Siofor 850, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 120 szt. (8 blist.po 15 szt.) | 120 szt. (8 blist.po 15 szt.) | 05909990457335 |
| 1162 | Metforminum | Metformax 850, Metforminum, tabl., 850, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990935260 |
| 1163 | Metforminum | Metformax 500, Metforminum, tabl., 500, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990935253 |
| 1164 | Metforminum | Siofor 850, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909990457328 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1165 | Metforminum | Metformax 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990933181 |
| 1166 | Metforminum | Metformax 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990933198 |
| 1167 | Methotrexatum | Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 05907626701852 |
| 1168 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,15 ml | 12 amp.-strz.po 0,15 ml | 05909990791286 |
| 1169 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,2 ml | 12 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990791347 |
| 1170 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,3 ml | 12 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990791392 |
| 1171 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,4 ml | 12 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990791477 |
| 1172 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,5 ml | 12 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990791521 |
| 1173 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,6 ml | 12 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990928125 |
| 1174 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 05909990922741 |
| 1175 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 05909990922758 |
| 1176 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 05909990922765 |
| 1177 | Methotrexatum | Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 05909990922772 |
| 1178 | Methotrexatum | Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,375 ml | 4 amp.-strz.po 0,375 ml | 05907626701869 |
| 1179 | Methotrexatum | Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05907626701920 |
| 1180 | Methotrexatum | Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,75 ml | 4 amp.-strz.po 0,75 ml | 05907626702040 |
| 1181 | Methotrexatum | Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 1 ml | 4 amp.-strz.po 1 ml | 05909990735242 |
| 1182 | Methotrexatum | Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 1,25 ml | 4 amp.-strz.po 1,25 ml | 05909990735273 |
| 1183 | Methotrexatum | Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 1,5 ml | 4 amp.-strz.po 1,5 ml | 05909990735303 |
| 1184 | Methotrexatum | Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30, mg, 8 wstrzykiwaczy | 8 wstrzykiwaczy | 05909991347048 |
| 1185 | Methotrexatum | Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25, mg, 8 wstrzykiwaczy | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346980 |
| 1186 | Methotrexatum | Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20, mg, 8 wstrzykiwaczy | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346928 |
| 1187 | Methotrexatum | Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 17.5, mg, 8 wstrzykiwaczy | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346898 |
| 1188 | Methotrexatum | Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15, mg, 8 wstrzykiwaczy | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346867 |
| 1189 | Methotrexatum | Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5, mg, 4 amp.-strz. | 4 amp.-strz. | 05909991252700 |
| 1190 | Methotrexatum | Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10, mg, 4 amp.-strz. | 4 amp.-strz. | 05909991252724 |
| 1191 | Methotrexatum | Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15, mg, 4 amp.-strz. | 4 amp.-strz. | 05909991252762 |
| 1192 | Methotrexatum | Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg, 4 amp.-strz. | 4 amp.-strz. | 05909991252809 |
| 1193 | Methotrexatum | Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25, mg, 4 amp.-strz. | 4 amp.-strz. | 05909991252847 |
| 1194 | Methotrexatum | Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30, mg, 4 amp.-strz. | 4 amp.-strz. | 05909991252885 |
| 1195 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,3 ml | 8 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730980 |
| 1196 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,5 ml | 8 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731093 |
| 1197 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,35 ml | 1 amp.-strz.po 0,35 ml | 05055565731000 |
| 1198 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,15 ml | 8 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730904 |
| 1199 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,2 ml | 8 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730935 |
| 1200 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,4 ml | 8 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731048 |
| 1201 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,6 ml | 8 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731130 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1202 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,15 ml | 4 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730898 |
| 1203 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,2 ml | 4 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730928 |
| 1204 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,3 ml | 4 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730973 |
| 1205 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,4 ml | 4 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731031 |
| 1206 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731086 |
| 1207 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,6 ml | 4 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731123 |
| 1208 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,15 ml | 1 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730881 |
| 1209 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,2 ml | 1 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730911 |
| 1210 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,25 ml | 1 amp.-strz.po 0,25 ml | 05055565730959 |
| 1211 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730966 |
| 1212 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731024 |
| 1213 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,45 ml | 1 amp.-strz.po 0,45 ml | 05055565731062 |
| 1214 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731079 |
| 1215 | Methotrexatum | Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,6 ml | 1 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731116 |
| 1216 | Metoprololi tartras | Metocard, Metoprololi tartras, tabl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990034420 |
| 1217 | Metoprololum | Metocard, Metoprololum, tabl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990034529 |
| 1218 | Mianserini hydrochloridum | Miansec 30, Mianserini hydrochloridum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. | 30 szt. | 03830044949655 |
| 1219 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, Mianserini hydrochloridum, tabl. powl., 60, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991379391 |
| 1220 | Mianserinum | Lerivon, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157716 |
| 1221 | Mianserinum | Lerivon, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157822 |
| 1222 | Mianserinum | Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990764242 |
| 1223 | Mianserinum | Miansec, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990796618 |
| 1224 | Mianserinum | Miansec, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. (3 blist.po 30 szt.) | 90 szt. (3 blist.po 30 szt.) | 05909990796625 |
| 1225 | Mianserinum | Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990883813 |
| 1226 | Mianserinum | Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990883820 |
| 1227 | Mianserinum | Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990883929 |
| 1228 | Mianserinum | Deprexolet, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991120948 |
| 1229 | Mianserinum | Deprexolet, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991121051 |
| 1230 | Mianserinum | Miansec 30, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 05909991124311 |
| 1231 | Mianserinum | Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 60, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991064525 |
| 1232 | Mianserinum | Deprexolet, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991120962 |
| 1233 | Moclobemidum | Aurorix, Moclobemidum, tabl. powl., 150, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990094813 |
| 1234 | Moclobemidum | Aurorix, Moclobemidum, tabl. powl., 300, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990419814 |
| 1235 | Moclobemidum | Mobemid, Moclobemidum, tabl. powl., 150, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990966813 |
| 1236 | Moclobemidum | Moklar, Moclobemidum, tabl. powl., 150, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990953714 |
| 1237 | Mometasoni furoas | Momecutan, Mometasoni furoas, maść, 1, mg/g, 50 g | 50 g | 05909991137441 |
| 1238 | Mometasoni furoas | Momecutan Fettcreme, Mometasoni furoas, krem, 1, mg/g, 50 g | 50 g | 05909991097059 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1239 | Mometasoni furoas | Momecutan, Mometasoni furoas, maść, 1, mg/g, 100 g | 100 g | 05909991236199 |
| 1240 | Mometasoni furoas | Elitasone, Mometasoni furoas, maść, 1, mg/g, 50 g | 50 g | 05906071039657 |
| 1241 | Mometasoni furoas | Momecutan, Mometasoni furoas, roztwór na skórę, 1, mg/g, 100 ml | 100 ml | 05909991296384 |
| 1242 | Mometasonum | Asmanex Twisthaler, Mometasonum, proszek do inhalacji, 400, µg/dawkę, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909991106638 |
| 1243 | Mometasonum | Momecutan, Mometasonum, roztwór na skórę, 1, mg/g, 50 ml | 50 ml | 05909991087982 |
| 1244 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 9500, j.m. Axa/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990075829 |
| 1245 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 2850, j.m. Axa/0,3 ml, 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 |
| 1246 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 5700, j.m. Axa/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 |
| 1247 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 3800, j.m. Axa/0,4 ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 |
| 1248 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 7600, j.m. Axa/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 |
| 1249 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 11400, j.m. Axa/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 |
| 1250 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 15200, j.m. AXa/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 |
| 1251 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 19000, j.m. Axa/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990837137 |
| 1252 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, Nebivololi hydrochloridum, tabl., 5, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991369569 |
| 1253 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, Nebivololi hydrochloridum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991369552 |
| 1254 | Nebivololum | Nebilenin, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990689774 |
| 1255 | Nebivololum | Nedal, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990642809 |
| 1256 | Nebivololum | Nebispes, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990673865 |
| 1257 | Nebivololum | Ebivol, Nebivololum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990662425 |
| 1258 | Nebivololum | Nebinad, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990648719 |
| 1259 | Nebivololum | NebivoLEK, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990653300 |
| 1260 | Nebivololum | Nebicard, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990685189 |
| 1261 | Nebivololum | Daneb, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990750290 |
| 1262 | Nebivololum | NebivoLEK, Nebivololum, tabl., 5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05907626703597 |
| 1263 | Nebivololum | Nebicard, Nebivololum, tabl., 5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990685202 |
| 1264 | Nebivololum | Ivineb, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990805495 |
| 1265 | Nebivololum | Nebivor, Nebivololum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990640997 |
| 1266 | Nebivololum | Nebivor, Nebivololum, tabl., 5, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 05909990641000 |
| 1267 | Nebivololum | Ebivol, Nebivololum, tabl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990662456 |
| 1268 | Nebivololum | Nebicard, Nebivololum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991390358 |
| 1269 | Nebivololum | Nebicard, Nebivololum, tabl., 10, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991390372 |
| 1270 | Nebivololum | Nebivolol Aurovitas, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991357047 |
| 1271 | Nebivololum | Nebivolol Krka, Nebivololum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 03838989716172 |
| 1272 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, Olodaterolum + Tiotropium, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5, µg, 1 wkład 30 dawek + 1 inh. | 1 wkład 30 dawek + 1 inh. | 05909991257439 |
| 1273 | Oxybutynini hydrochloridum | Ditropan, Oxybutynini hydrochloridum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991290887 |
| 1274 | Oxybutyninum | Driptane, Oxybutyninum, tabl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990783816 |
| 1275 | Oxybutyninum | Ditropan, Oxybutyninum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990163519 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1276 | Oxybutyninum | Ditropan, Oxybutyninum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991239503 |
| 1277 | Oxybutyninum | Ditropan, Oxybutyninum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991304140 |
| 1278 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, Oxycodoni hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991038724 |
| 1279 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, Oxycodoni hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991038670 |
| 1280 | Oxycodoni hydrochloridum | Xancodal, Oxycodoni hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991038762 |
| 1281 | Oxycodonum | OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990643943 |
| 1282 | Oxycodonum | OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644001 |
| 1283 | Oxycodonum | OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644025 |
| 1284 | Oxycodonum | OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990644049 |
| 1285 | Oxycodonum | OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990643905 |
| 1286 | Oxycodonum | Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990839469 |
| 1287 | Oxycodonum | Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990839643 |
| 1288 | Oxycodonum | Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990839780 |
| 1289 | Oxycodonum | Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990840038 |
| 1290 | Oxycodonum | Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990840182 |
| 1291 | Oxycodonum | Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991184742 |
| 1292 | Oxycodonum | Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991184827 |
| 1293 | Oxycodonum | Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991184865 |
| 1294 | Oxycodonum | Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991184902 |
| 1295 | Oxycodonum | Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991184940 |
| 1296 | Oxycodonum | Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990940233 |
| 1297 | Oxycodonum | Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990940769 |
| 1298 | Oxycodonum | Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990941247 |
| 1299 | Oxycodonum | Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990941407 |
| 1300 | Oxycodonum | Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990941568 |
| 1301 | Oxycodonum | Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991250874 |
| 1302 | Oxycodonum | Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991250850 |
| 1303 | Paroxetinum | Arketis tabletki 20 mg, Paroxetinum, tabl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990047109 |
| 1304 | Paroxetinum | Paxtin 20, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990010189 |
| 1305 | Paroxetinum | Paxtin 40, Paroxetinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990010202 |
| 1306 | Paroxetinum | Xetanor 20 mg, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990570515 |
| 1307 | Paroxetinum | Parogen, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990425877 |
| 1308 | Paroxetinum | Parogen, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 05909990425884 |
| 1309 | Paroxetinum | Rexetin, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991006310 |
| 1310 | Paroxetinum | Paroxinor, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990798346 |
| 1311 | Paroxetinum | Paroxetine Vitama, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990655724 |
| 1312 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991323615 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1313 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 60 tabl. | 60 tabl. | 05909991323646 |
| 1314 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, Perindoprili tosilas + Amlodipinum, tabl., 5+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991137212 |
| 1315 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, Perindoprili tosilas + Amlodipinum, tabl., 5+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991137472 |
| 1316 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, Perindoprili tosilas + Amlodipinum, tabl., 10+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991137526 |
| 1317 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, Perindoprili tosilas + Amlodipinum, tabl., 10+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991137571 |
| 1318 | Perindoprili tosilas + Indapamidum | Indix Combi, Perindoprili tosilas + Indapamidum, tabl. powl., 10+2,5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991316600 |
| 1319 | Perindoprilum | Prestarium 10 mg, Perindoprilum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990336081 |
| 1320 | Perindoprilum | Prestarium 5 mg, Perindoprilum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990337774 |
| 1321 | Perindoprilum | Prenessa, Perindoprilum, tabl., 4, mg, 30 szt. (1 x 30 szt.) | 30 szt. (1 x 30 szt.) | 05909990569311 |
| 1322 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, Perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4+5, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990908158 |
| 1323 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, Perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4+10, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990908189 |
| 1324 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, Perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8+5, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990908233 |
| 1325 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, Perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8+10, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990908264 |
| 1326 | Perindoprilum + Indapamidum | Tertensif Kombi, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 5+1,25, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990055678 |
| 1327 | Perindoprilum + Indapamidum | Noliprel Forte, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 5+1,25, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990055029 |
| 1328 | Perindoprilum + Indapamidum | Tertensif Bi-Kombi, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 10+2,5, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990715206 |
| 1329 | Perindoprilum + Indapamidum | Noliprel Bi-Forte, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 10+2,5, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990707782 |
| 1330 | Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa, Perindoprilum + Indapamidum, tabl., 8+2,5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990850167 |
| 1331 | Perindoprilum + Indapamidum | Indix Combi, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 5+1,25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991050344 |
| 1332 | Perindoprilum + Indapamidum | Indix Combi, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 2,5+0,625, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991050290 |
| 1333 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, Perindoprilum argininum + Amlodipinum, tabl., 5+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990669301 |
| 1334 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, Perindoprilum argininum + Amlodipinum, tabl., 10+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990669332 |
| 1335 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, Perindoprilum argininum + Amlodipinum, tabl., 5+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990669387 |
| 1336 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, Perindoprilum argininum + Amlodipinum, tabl., 10+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990669400 |
| 1337 | Phenobarbitalum | Luminalum Unia, Phenobarbitalum, tabl., 100, mg, 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 10 szt. (1 blist.po 10 szt.) | 05909990812615 |
| 1338 | Phenobarbitalum | Luminalum, Phenobarbitalum, tabl., 100, mg, 10 szt. | 10 szt. | 05909990260614 |
| 1339 | Phenytoinum | Phenytoinum WZF, Phenytoinum, tabl., 100, mg, 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990093519 |
| 1340 | Pilocarpini hydrochloridum | Pilocarpinum WZF 2%, Pilocarpini hydrochloridum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 10 ml (2x5 ml) | 10 ml (2x5 ml) | 05909990237524 |
| 1341 | Piribedilum | Pronoran, Piribedilum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990846320 |
| 1342 | Pramipexolum | Oprymea, Pramipexolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05, mg, 21 szt. | 21 szt. | 05909991238773 |
| 1343 | Pramipexolum | Oprymea, Pramipexolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991238582 |
| 1344 | Pramipexolum | Oprymea, Pramipexolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991238629 |
| 1345 | Pramipexolum | Oprymea, Pramipexolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991238667 |
| 1346 | Pregabalinum | Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 75, mg, 14 szt. | 14 szt. | 05909990009282 |
| 1347 | Pregabalinum | Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 75, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990009299 |
| 1348 | Pregabalinum | Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 150, mg, 14 szt. | 14 szt. | 05909990009350 |
| 1349 | Pregabalinum | Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 150, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990009367 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1350 | Pregabalinum | Lyrica, Pregabalinum, kapsułki twarde, 75, mg, 56 kaps. | 56 kaps. | 05901878600543 |
| 1351 | Pregabalinum | Lyrica, Pregabalinum, kapsułki twarde, 150, mg, 56 kaps. | 56 kaps. | 05901878600550 |
| 1352 | Pregabalinum | Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 150, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05903792743252 |
| 1353 | Pregabalinum | Naxalgan, Pregabalinum, kaps. twarde, 300, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991378356 |
| 1354 | Pregabalinum | Naxalgan, Pregabalinum, kaps. twarde, 150, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991378295 |
| 1355 | Pregabalinum | Naxalgan, Pregabalinum, kaps. twarde, 75, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991378226 |
| 1356 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, Pregabalinum, kapsułki twarde, 150, mg, 70 kaps. | 70 kaps. | 05907626705072 |
| 1357 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, Pregabalinum, kapsułki twarde, 75, mg, 70 kaps. | 70 kaps. | 05907626704839 |
| 1358 | Pregabalinum | Preato, Pregabalinum, tabl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991421236 |
| 1359 | Pregabalinum | Preato, Pregabalinum, tabl., 75, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991400453 |
| 1360 | Pregabalinum | Preato, Pregabalinum, tabl., 100, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991400460 |
| 1361 | Pregabalinum | Preato, Pregabalinum, tabl., 150, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991400477 |
| 1362 | Pregabalinum | Preato, Pregabalinum, tabl., 200, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991400484 |
| 1363 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol Accord, Propranololi hydrochloridum, tabl. powl., 40, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991033590 |
| 1364 | Propranololum | Propranolol WZF, Propranololum, tabl., 10, mg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990112111 |
| 1365 | Propranololum | Propranolol WZF, Propranololum, tabl., 40, mg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990112210 |
| 1366 | Propranololum | Propranolol Accord, Propranololum, tabletki powlekane, 10, mg, 50 tabl. | 50 tabl. | 05909991033507 |
| 1367 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, Pyridostigmini bromidum, tabl. drażowane, 60, mg, 150 szt. (1 but.po 150 szt.) | 150 szt. (1 but.po 150 szt.) | 05909991014421 |
| 1368 | Quinaprilum | Accupro 5, Quinaprilum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 05909990706914 |
| 1369 | Quinaprilum | Accupro 10, Quinaprilum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 05909990707010 |
| 1370 | Quinaprilum | Accupro 20, Quinaprilum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 05909990707119 |
| 1371 | Quinaprilum | Acurenal, Quinaprilum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991125417 |
| 1372 | Quinaprilum | Acurenal, Quinaprilum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991125516 |
| 1373 | Quinaprilum | Acurenal, Quinaprilum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991125615 |
| 1374 | Quinaprilum | Accupro 40, Quinaprilum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 tabl.) | 28 szt. (4 blist.po 7 tabl.) | 05909991080129 |
| 1375 | Quinaprilum | Acurenal, Quinaprilum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990953882 |
| 1376 | Quinaprilum | Pulsaren 20, Quinaprilum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991165710 |
| 1377 | Ramiprilum | Ramve 2,5 mg, Ramiprilum, kaps. twarde, 2.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990047949 |
| 1378 | Ramiprilum | Ramve 5 mg, Ramiprilum, kaps. twarde, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990047963 |
| 1379 | Ramiprilum | Ramve 10 mg, Ramiprilum, kaps. twarde, 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990047987 |
| 1380 | Ramiprilum | Ramistad 2,5, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990017447 |
| 1381 | Ramiprilum | Ramistad 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990017461 |
| 1382 | Ramiprilum | Ramistad 5, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990017454 |
| 1383 | Ramiprilum | Axtil, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337958 |
| 1384 | Ramiprilum | Axtil, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337972 |
| 1385 | Ramiprilum | Piramil 2,5 mg, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990212170 |
| 1386 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990212248 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1387 | Ramiprilum | Polpril, Ramiprilum, kaps. twarde, 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694631 |
| 1388 | Ramiprilum | Polpril, Ramiprilum, kaps. twarde, 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694655 |
| 1389 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990661756 |
| 1390 | Ramiprilum | Apo-Rami, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990653355 |
| 1391 | Ramiprilum | Apo-Rami, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990653362 |
| 1392 | Ramiprilum | Apo-Rami, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990653379 |
| 1393 | Ramiprilum | Axtil, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337989 |
| 1394 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990571468 |
| 1395 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990571499 |
| 1396 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990610440 |
| 1397 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990610495 |
| 1398 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990610532 |
| 1399 | Ramiprilum | Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990916016 |
| 1400 | Ramiprilum | Tritace 2,5, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990478217 |
| 1401 | Ramiprilum | Tritace 5, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990478316 |
| 1402 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990571505 |
| 1403 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990571475 |
| 1404 | Ramiprilum | Polpril, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990924608 |
| 1405 | Ramiprilum | Polpril, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990924646 |
| 1406 | Ramiprilum | Polpril, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990924653 |
| 1407 | Ramiprilum | Ramipril Krka, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991070441 |
| 1408 | Ramiprilum | Ramipril Krka, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991070540 |
| 1409 | Ramiprilum | Ivipril, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990961955 |
| 1410 | Ramiprilum | Ivipril, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990961986 |
| 1411 | Ramiprilum | Ivipril, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990962020 |
| 1412 | Ramiprilum | Ramicor, Ramiprilum, tabl. powl., 2.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991093280 |
| 1413 | Ramiprilum | Ramicor, Ramiprilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991093303 |
| 1414 | Ramiprilum | Ramicor, Ramiprilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991093334 |
| 1415 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991004385 |
| 1416 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991004392 |
| 1417 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991004378 |
| 1418 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991344603 |
| 1419 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991340766 |
| 1420 | Ramiprilum | Tritace 10, Ramiprilum, tabletki, 10, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991367084 |
| 1421 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, Ramiprilum, tabletki, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991308971 |
| 1422 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991325954 |
| 1423 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991326012 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1424 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991325893 |
| 1425 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, Ramiprilum, tabletki, 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991369903 |
| 1426 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, Ramiprilum, tabletki, 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991369910 |
| 1427 | Ramiprilum | Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991401566 |
| 1428 | Ramiprilum | Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991411640 |
| 1429 | Ramiprilum | Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991402006 |
| 1430 | Ramiprilum | Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991414153 |
| 1431 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991316464 |
| 1432 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991316655 |
| 1433 | Ramiprilum | Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991427153 |
| 1434 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991427252 |
| 1435 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991427276 |
| 1436 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990936809 |
| 1437 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990936779 |
| 1438 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990936854 |
| 1439 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990936885 |
| 1440 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps., 5+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991142520 |
| 1441 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps., 5+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991142681 |
| 1442 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps., 10+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991142636 |
| 1443 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps., 10+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991142759 |
| 1444 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991142513 |
| 1445 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991142674 |
| 1446 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991142643 |
| 1447 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991142728 |
| 1448 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990988259 |
| 1449 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990988273 |
| 1450 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990988297 |
| 1451 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990988334 |
| 1452 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05903060611429 |
| 1453 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05903060611542 |
| 1454 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05903060611504 |
| 1455 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05903060611467 |
| 1456 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 2,5, Ramiprilum + Felodipinum, tabl. powl., 2,5+2,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990973118 |
| 1457 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 5, Ramiprilum + Felodipinum, tabl. powl., 5+5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990973217 |
| 1458 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HL, Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 2,5+12,5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573226 |
| 1459 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HD, Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 5+25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573233 |
| 1460 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 2,5 Comb, Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 2,5+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990885312 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1461 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 5 Comb, Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 5+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990885411 |
| 1462 | Risedronatum natricum | Risendros 35, Risedronatum natricum, tabl. powl., 35, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990082599 |
| 1463 | Rivaroxabanum | Xarelto, Rivaroxabanum, tabl., 10, mg, 10 szt. | 10 szt. | 05909990658145 |
| 1464 | Rivaroxabanum | Xarelto, Rivaroxabanum, tabl. powl., 15, mg, 14 szt. | 14 szt. | 05909990910601 |
| 1465 | Rivaroxabanum | Xarelto, Rivaroxabanum, tabl. powl., 15, mg, 42 szt. | 42 szt. | 05909990910663 |
| 1466 | Rivaroxabanum | Xarelto, Rivaroxabanum, tabl. powl., 20, mg, 14 szt. | 14 szt. | 05909990910700 |
| 1467 | Rivastigminum | Exelon, Rivastigminum, system transdermalny, 4.6, mg/24h, 30 sasz. | 30 sasz. | 05909990066704 |
| 1468 | Rivastigminum | Exelon, Rivastigminum, system transdermalny, 9.5, mg/24h, 30 sasz. | 30 sasz. | 05909990066766 |
| 1469 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990700646 |
| 1470 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990700660 |
| 1471 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990700684 |
| 1472 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990700691 |
| 1473 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990700707 |
| 1474 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990700738 |
| 1475 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990700745 |
| 1476 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990700752 |
| 1477 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990700790 |
| 1478 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990700806 |
| 1479 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990700844 |
| 1480 | Rivastigminum | Evertas, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 9.5, mg/24h, 30 szt. | 30 szt. | 05909991078454 |
| 1481 | Rivastigminum | Evertas, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 4.6, mg/24h, 30 szt. | 30 szt. | 05909991078386 |
| 1482 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990803156 |
| 1483 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990803545 |
| 1484 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990803569 |
| 1485 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990803781 |
| 1486 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990803804 |
| 1487 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990804085 |
| 1488 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990804108 |
| 1489 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990778935 |
| 1490 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990778942 |
| 1491 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990778966 |
| 1492 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990778973 |
| 1493 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990778997 |
| 1494 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990779000 |
| 1495 | Rivastigminum | Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990782048 |
| 1496 | Rivastigminum | Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990782055 |
| 1497 | Rivastigminum | Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990782079 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1498 | Rivastigminum | Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990782086 |
| 1499 | Rivastigminum | Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990782147 |
| 1500 | Rivastigminum | Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990782154 |
| 1501 | Rivastigminum | Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990782178 |
| 1502 | Rivastigminum | Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990782185 |
| 1503 | Rivastigminum | Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990816255 |
| 1504 | Rivastigminum | Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990816262 |
| 1505 | Rivastigminum | Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990816279 |
| 1506 | Rivastigminum | Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990816286 |
| 1507 | Rivastigminum | Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990816293 |
| 1508 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990700721 |
| 1509 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990700769 |
| 1510 | Rivastigminum | Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990700851 |
| 1511 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990982981 |
| 1512 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990983162 |
| 1513 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990983179 |
| 1514 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990983308 |
| 1515 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990983322 |
| 1516 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990983506 |
| 1517 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990983544 |
| 1518 | Rivastigminum | Exelon, Rivastigminum, system transdermalny, 13.3, mg/24h, 30 sasz. | 30 sasz. | 05909991032609 |
| 1519 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 9.5, mg/24h, 30 szt. | 30 szt. | 05909991067632 |
| 1520 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 4.6, mg/24 h, 30 szt. | 30 szt. | 05909991067595 |
| 1521 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 4.6, mg/24h, 30 szt. | 30 szt. | 05909991078294 |
| 1522 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 9.5, mg/24h, 30 szt. | 30 szt. | 05909991078348 |
| 1523 | Rivastigminum | Evertas, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 9.5, mg/24h, 30 szt. | 30 szt. | 05909991439415 |
| 1524 | Ropinirolum | Requip, Ropinirolum, tabl. powl., 2, mg, 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990013586 |
| 1525 | Ropinirolum | Requip, Ropinirolum, tabl. powl., 0.5, mg, 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990013685 |
| 1526 | Ropinirolum | Requip, Ropinirolum, tabl. powl., 1, mg, 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990013890 |
| 1527 | Ropinirolum | Requip, Ropinirolum, tabl. powl., 5, mg, 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 05909990013968 |
| 1528 | Ropinirolum | Requip-Modutab, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990644612 |
| 1529 | Ropinirolum | Requip-Modutab, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990644636 |
| 1530 | Ropinirolum | Requip-Modutab, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990644728 |
| 1531 | Ropinirolum | Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 0.25, mg, 210 szt. | 210 szt. | 05909990731954 |
| 1532 | Ropinirolum | Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 0.5, mg, 21 szt. | 21 szt. | 05909990731985 |
| 1533 | Ropinirolum | Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 1, mg, 21 szt. | 21 szt. | 05909990732074 |
| 1534 | Ropinirolum | Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 2, mg, 21 szt. | 21 szt. | 05909990732227 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1535 | Ropinirolum | Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 5, mg, 21 szt. | 21 szt. | 05909990732333 |
| 1536 | Ropinirolum | Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990855766 |
| 1537 | Ropinirolum | Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990855780 |
| 1538 | Ropinirolum | Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990855773 |
| 1539 | Ropinirolum | Aparxon PR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990878000 |
| 1540 | Ropinirolum | Aparxon PR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990877683 |
| 1541 | Ropinirolum | Aparxon PR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990878086 |
| 1542 | Ropinirolum | Ceurolex SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991049294 |
| 1543 | Ropinirolum | Ceurolex SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991049355 |
| 1544 | Ropinirolum | Ceurolex SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991049393 |
| 1545 | Ropinirolum | Aropilo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990998586 |
| 1546 | Ropinirolum | Aropilo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990998982 |
| 1547 | Ropinirolum | Aropilo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990999156 |
| 1548 | Ropinirolum | Polpix SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990988242 |
| 1549 | Ropinirolum | Polpix SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990988198 |
| 1550 | Ropinirolum | Polpix SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990988204 |
| 1551 | Ropinirolum | ApoRopin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990992607 |
| 1552 | Ropinirolum | ApoRopin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990992775 |
| 1553 | Ropinirolum | ApoRopin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990992683 |
| 1554 | Ropinirolum | Nironovo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990990085 |
| 1555 | Ropinirolum | Nironovo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990990092 |
| 1556 | Ropinirolum | Nironovo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990990108 |
| 1557 | Ropinirolum | Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991033781 |
| 1558 | Ropinirolum | Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991033798 |
| 1559 | Ropinirolum | Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991033804 |
| 1560 | Ropinirolum | Ropodrin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990963874 |
| 1561 | Ropinirolum | Ropodrin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990964239 |
| 1562 | Ropinirolum | Ropodrin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990964321 |
| 1563 | Ropinirolum | Repirol SR, Ropinirolum, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990983971 |
| 1564 | Ropinirolum | Repirol SR, Ropinirolum, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990983582 |
| 1565 | Ropinirolum | Repirol SR, Ropinirolum, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990983803 |
| 1566 | Ropinirolum | Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991391485 |
| 1567 | Ropinirolum | Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991391683 |
| 1568 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990895533 |
| 1569 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 30, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990895663 |
| 1570 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990895786 |
| 1571 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990895106 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1572 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990895250 |
| 1573 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 15, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990895380 |
| 1574 | Rosuvastatinum | Suvardio, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990791873 |
| 1575 | Rosuvastatinum | Suvardio, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990791743 |
| 1576 | Rosuvastatinum | Ridlip, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991000103 |
| 1577 | Rosuvastatinum | Ridlip, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991000141 |
| 1578 | Rosuvastatinum | Ridlip, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991000158 |
| 1579 | Rosuvastatinum | Ridlip, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991000165 |
| 1580 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabl. powl., 15, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990895403 |
| 1581 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990895687 |
| 1582 | Rosuvastatinum | Zaranta, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990777785 |
| 1583 | Rosuvastatinum | Zaranta, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990777839 |
| 1584 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990802685 |
| 1585 | Rosuvastatinum | Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991085674 |
| 1586 | Rosuvastatinum | Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991085759 |
| 1587 | Rosuvastatinum | Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991085841 |
| 1588 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990802753 |
| 1589 | Rosuvastatinum | Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990919659 |
| 1590 | Rosuvastatinum | Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991085599 |
| 1591 | Rosuvastatinum | Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991085636 |
| 1592 | Rosuvastatinum | Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991085698 |
| 1593 | Rosuvastatinum | Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991085773 |
| 1594 | Rosuvastatinum | Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991085865 |
| 1595 | Rosuvastatinum | Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990919604 |
| 1596 | Rosuvastatinum | Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990919673 |
| 1597 | Rosuvastatinum | Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990919574 |
| 1598 | Rosuvastatinum | Suvardio, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990791606 |
| 1599 | Rosuvastatinum | Zaranta, Rosuvastatinum, tabl. powl., 15, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991347079 |
| 1600 | Rosuvastatinum | Zaranta, Rosuvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991347109 |
| 1601 | Rosuvastatinum | Zaranta, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 15, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05997001369333 |
| 1602 | Rosuvastatinum | Zaranta, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 30, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05997001369340 |
| 1603 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990895304 |
| 1604 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 5, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990895182 |
| 1605 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990895892 |
| 1606 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 30, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990895724 |
| 1607 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 15, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990895458 |
| 1608 | Rosuvastatinum | Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909990895588 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1609 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 15, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991333973 |
| 1610 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 15, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991333959 |
| 1611 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991334086 |
| 1612 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991334062 |
| 1613 | Rosuvastatinum | Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990792009 |
| 1614 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990802562 |
| 1615 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990802586 |
| 1616 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990802623 |
| 1617 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990802647 |
| 1618 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990802708 |
| 1619 | Rosuvastatinum | Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990802777 |
| 1620 | Rosuvastatinum | Crosuvo, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991021184 |
| 1621 | Rosuvastatinum | Crosuvo, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991021375 |
| 1622 | Rosuvastatinum | Crosuvo, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991021337 |
| 1623 | Rosuvastatinum | Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 84 tabl. | 84 tabl. | 05909990792061 |
| 1624 | Rosuvastatinum | Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 84 tabl. | 84 tabl. | 05909990791781 |
| 1625 | Rosuvastatinum | Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 84 tabl. | 84 tabl. | 05909990791927 |
| 1626 | Rosuvastatinum | Ridlip, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991375812 |
| 1627 | Rosuvastatinum | Ridlip, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991375799 |
| 1628 | Rosuvastatinum | Ridlip, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 5, mg, 90 tabl. | 90 tabl. | 05909991375775 |
| 1629 | Rosuvastatinum | Zaranta, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990777853 |
| 1630 | Rosuvastatinum | Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 15, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991435950 |
| 1631 | Rosuvastatinum | Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991435981 |
| 1632 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 5 + 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05906414003321 |
| 1633 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 5 + 10, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05906414003338 |
| 1634 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 10 + 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05906414003352 |
| 1635 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 10 + 10, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05906414003369 |
| 1636 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 20 + 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05906414003383 |
| 1637 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 20 + 10, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05906414003390 |
| 1638 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl. powl., 10 + 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 03838989707057 |
| 1639 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl. powl., 20 + 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 03838989707064 |
| 1640 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 5 + 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05907626708486 |
| 1641 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 5 + 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907626709308 |
| 1642 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 10 + 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05907626708493 |
| 1643 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 10 + 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907626709315 |
| 1644 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 20 + 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05907626708509 |
| 1645 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 20 + 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907626709322 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1646 | Salbutamolum | Ventolin, Salbutamolum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 1, mg/ml, 20 amp.po 2,5 ml | 20 amp.po 2,5 ml | 05909990454013 |
| 1647 | Salbutamolum | Ventolin, Salbutamolum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 2, mg/ml, 20 amp.po 2,5 ml | 20 amp.po 2,5 ml | 05909990454112 |
| 1648 | Salbutamolum | Ventolin, Salbutamolum, aerozol wziewny, zawiesina, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 daw. | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 |
| 1649 | Salbutamolum | Sabumalin, Salbutamolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100, µg/dawkę, 1 poj.po 8,5 g (200 daw.) | 1 poj.po 8,5 g (200 daw.) | 05909990764150 |
| 1650 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, Salbutamolum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę, 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991106928 |
| 1651 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, Salbutamolum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę, 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991107826 |
| 1652 | Salbutamolum | Aspulmo, Salbutamolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100, µg/dawkę, 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 |
| 1653 | Salmeterolum | Serevent Dysk, Salmeterolum, proszek do inhalacji, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 |
| 1654 | Salmeterolum | Serevent, Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 |
| 1655 | Salmeterolum | Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 05909991109424 |
| 1656 | Salmeterolum | Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator | 05909991109431 |
| 1657 | Salmeterolum | Pulveril, Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25, µg/dawkę, 120 dawek | 120 dawek | 05909990867653 |
| 1658 | Salmeterolum | Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50, µg, 120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator) | 120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator) | 05909991206390 |
| 1659 | Selegilini hydrochloridum | Segan, Selegilini hydrochloridum, tabl., 5, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990746026 |
| 1660 | Selegilinum | Selgres, Selegilinum, tabl. powl., 5, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990404315 |
| 1661 | Sertralinum | Sertagen, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990046621 |
| 1662 | Sertralinum | Sertagen, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990046690 |
| 1663 | Sertralinum | Asertin 100, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990422685 |
| 1664 | Sertralinum | Asertin 50, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990422692 |
| 1665 | Sertralinum | Setaloft 50 mg, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990571925 |
| 1666 | Sertralinum | Setaloft 100 mg, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990571963 |
| 1667 | Sertralinum | Sertranorm, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990663040 |
| 1668 | Sertralinum | Sertranorm, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990663163 |
| 1669 | Sertralinum | Zoloft, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990753116 |
| 1670 | Sertralinum | Zoloft, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990753215 |
| 1671 | Sertralinum | Zotral, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990569472 |
| 1672 | Sertralinum | Stimuloton, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990994816 |
| 1673 | Sertralinum | Zotral, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990013982 |
| 1674 | Sertralinum | Asentra, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990963218 |
| 1675 | Sertralinum | Asentra, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990963317 |
| 1676 | Sertralinum | Miravil, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990804368 |
| 1677 | Sertralinum | Miravil, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990804344 |
| 1678 | Sertralinum | Sertralina KRKA, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990919888 |
| 1679 | Sertralinum | Sertralina KRKA, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990919987 |
| 1680 | Sertralinum | Sertraline Aurobindo, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909990636136 |
| 1681 | Sertralinum | ApoSerta, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991106898 |
| 1682 | Sertralinum | ApoSerta, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991106904 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1683 | Sertralinum | Sastium, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991279660 |
| 1684 | Sertralinum | Sastium, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991279615 |
| 1685 | Sertralinum | Sastium, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991279561 |
| 1686 | Sertralinum | Sastium, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991279516 |
| 1687 | Sertralinum | Sastium, Sertralinum, tabletki powlekane, 50, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991279523 |
| 1688 | Sertralinum | Sastium, Sertralinum, tabletki powlekane, 100, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991279622 |
| 1689 | Sertralinum | Sertraline Aurovitas, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991355654 |
| 1690 | Sertralinum | Sertraline Aurovitas, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991355739 |
| 1691 | Simvastatinum | Ximve, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990055722 |
| 1692 | Simvastatinum | Simvacor, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990336623 |
| 1693 | Simvastatinum | Simvacor, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990336630 |
| 1694 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990623273 |
| 1695 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990623297 |
| 1696 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990623334 |
| 1697 | Simvastatinum | Apo-Simva 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990618279 |
| 1698 | Simvastatinum | Apo-Simva 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990618286 |
| 1699 | Simvastatinum | Apo-Simva 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990618293 |
| 1700 | Simvastatinum | Zocor 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990365913 |
| 1701 | Simvastatinum | Zocor 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990366026 |
| 1702 | Simvastatinum | Simvasterol, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990927616 |
| 1703 | Simvastatinum | Simvasterol, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990927715 |
| 1704 | Simvastatinum | Simvasterol, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990927838 |
| 1705 | Simvastatinum | Ximve, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990935116 |
| 1706 | Simvastatinum | Ximve, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990935215 |
| 1707 | Simvastatinum | Ximve, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990935314 |
| 1708 | Simvastatinum | Simvachol, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990941025 |
| 1709 | Simvastatinum | Simvachol, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990941124 |
| 1710 | Simvastatinum | Simvachol, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990941223 |
| 1711 | Simvastatinum | Vasilip, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990982714 |
| 1712 | Simvastatinum | Simratio 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991019723 |
| 1713 | Simvastatinum | Simratio 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991019822 |
| 1714 | Simvastatinum | Simratio 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991019945 |
| 1715 | Simvastatinum | Zocor 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990769124 |
| 1716 | Simvastatinum | Simvagen 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990743650 |
| 1717 | Simvastatinum | Simvagen 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990743667 |
| 1718 | Simvastatinum | Vasilip, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990914012 |
| 1719 | Simvastatinum | Vasilip, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990914111 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1720 | Simvastatinum | Simorion, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990794089 |
| 1721 | Simvastatinum | Simorion, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 98 szt. | 98 szt. | 05909990794157 |
| 1722 | Simvastatinum | Simorion, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990794140 |
| 1723 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990723591 |
| 1724 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990723829 |
| 1725 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990723812 |
| 1726 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990724031 |
| 1727 | Simvastatinum | Simorion, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990793853 |
| 1728 | Simvastatinum | Simvagamma 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991146115 |
| 1729 | Simvastatinum | Vastan, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073114 |
| 1730 | Simvastatinum | Vastan, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073213 |
| 1731 | Simvastatinum | Simcovas, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649532 |
| 1732 | Simvastatinum | Simcovas, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649655 |
| 1733 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05907553016012 |
| 1734 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05907553016029 |
| 1735 | Simvastatinum | Simcovas, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991048488 |
| 1736 | Simvastatinum | Simcovas, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991048495 |
| 1737 | Simvastatinum | Simvacard 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990940219 |
| 1738 | Simvastatinum | Simvacard 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990940318 |
| 1739 | Simvastatinum | Simvacard 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990940110 |
| 1740 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990731565 |
| 1741 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990731671 |
| 1742 | Solifenacini succinas | Solifurin, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991351298 |
| 1743 | Solifenacini succinas | Solifurin, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991351304 |
| 1744 | Solifenacini succinas | Vesoligo, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906720536117 |
| 1745 | Solifenacini succinas | Vesoligo, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906720536148 |
| 1746 | Solifenacini succinas | Vesisol, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991139995 |
| 1747 | Solifenacini succinas | Vesisol, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991140069 |
| 1748 | Solifenacini succinas | Zevesin, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991382308 |
| 1749 | Solifenacini succinas | Zevesin, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991382278 |
| 1750 | Solifenacini succinas | Adablok, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906414003758 |
| 1751 | Solifenacini succinas | Adablok, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906414003741 |
| 1752 | Solifenacini succinas | Solifenacin Stada, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991340872 |
| 1753 | Solifenacini succinas | Solifenacin Stada, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991340896 |
| 1754 | Solifenacini succinas | Uronorm, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991312633 |
| 1755 | Solifenacini succinas | Uronorm, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991312640 |
| 1756 | Solifenacini succinas | Beloflow, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991405960 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1757 | Solifenacini succinas | Beloflow, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991405953 |
| 1758 | Solifenacini succinas | Beloflow, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991405922 |
| 1759 | Solifenacini succinas | Beloflow, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991405991 |
| 1760 | Solifenacini succinas | Silamil, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991339135 |
| 1761 | Solifenacini succinas | Soreca, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991371753 |
| 1762 | Solifenacini succinas | Soreca, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991371777 |
| 1763 | Solifenacini succinas | Solinco, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05901720140340 |
| 1764 | Solifenacini succinas | Solinco, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05901720140388 |
| 1765 | Solifenacini succinas | Silamil, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991422394 |
| 1766 | Sotaloli hydrochloridum | Sotalol Aurovitas, Sotaloli hydrochloridum, tabl., 40, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991357160 |
| 1767 | Sotalolum | SotaHEXAL 80, Sotalolum, tabl., 80, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990309016 |
| 1768 | Sotalolum | SotaHEXAL 160, Sotalolum, tabl., 160, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990309115 |
| 1769 | Sotalolum | Biosotal 80, Sotalolum, tabl., 80, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990365616 |
| 1770 | Sotalolum | Biosotal 40, Sotalolum, tabl., 40, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990365715 |
| 1771 | Sotalolum | SotaHEXAL 40, Sotalolum, tabl., 40, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909991014711 |
| 1772 | Spironolactonum | Spironol, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990110216 |
| 1773 | Spironolactonum | Spironol, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990110223 |
| 1774 | Spironolactonum | Verospiron, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990117215 |
| 1775 | Spironolactonum | Verospiron, Spironolactonum, kaps. twarde, 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990488414 |
| 1776 | Spironolactonum | Verospiron, Spironolactonum, kaps. twarde, 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990488513 |
| 1777 | Spironolactonum | Spironol 100, Spironolactonum, tabl. powl., 100, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990673124 |
| 1778 | Spironolactonum | Finospir, Spironolactonum, tabl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990965977 |
| 1779 | Spironolactonum | Finospir, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990965861 |
| 1780 | Spironolactonum | Finospir, Spironolactonum, tabl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990965878 |
| 1781 | Spironolactonum | Finospir, Spironolactonum, tabl., 50, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990965885 |
| 1782 | Spironolactonum | Finospir, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990965854 |
| 1783 | Spironolactonum | Spironol, Spironolactonum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991244651 |
| 1784 | Spironolactonum | Spironol, Spironolactonum, tabl. powl., 50, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991244668 |
| 1785 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin Krka, Sulfasalazinum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990283217 |
| 1786 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, Sulfasalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990283316 |
| 1787 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, Sulfasalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990283323 |
| 1788 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, Sulfasalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 50 szt. (1 poj.po 50 szt.) | 50 szt. (1 poj.po 50 szt.) | 05909990864416 |
| 1789 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, Sulfasalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 100 szt. (1 poj.po 100 szt.) | 100 szt. (1 poj.po 100 szt.) | 05909990864423 |
| 1790 | Tafluprostum | Taflotan Multi, Tafluprostum, krople do oczu, roztwór, 15, µg/ml, 1 but.po 3 ml | 1 but.po 3 ml | 05909991372927 |
| 1791 | Tafluprostum + Timololum | Taptiqom, Tafluprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,015+5, mg/ml, 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml | 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml | 05909991220327 |
| 1792 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990894598 |
| 1793 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz ERAS, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990847808 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1794 | Tamsulosini hydrochloridum | Urostad, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909997216393 |
| 1795 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991191214 |
| 1796 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991199081 |
| 1797 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05907587609235 |
| 1798 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, Tamsulosini hydrochloridum, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991136321 |
| 1799 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990894642 |
| 1800 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990622726 |
| 1801 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05906414001501 |
| 1802 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05907626708417 |
| 1803 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907626708400 |
| 1804 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990570386 |
| 1805 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamiron, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991332709 |
| 1806 | Tamsulosinum | Omnic Ocas 0,4, Tamsulosinum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990219070 |
| 1807 | Tamsulosinum | Symlosin SR, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990044382 |
| 1808 | Tamsulosinum | Apo-Tamis, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990045006 |
| 1809 | Tamsulosinum | Ranlosin, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990048007 |
| 1810 | Tamsulosinum | Tanyz, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990430895 |
| 1811 | Tamsulosinum | Tamsudil, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990565948 |
| 1812 | Tamsulosinum | Uprox, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566068 |
| 1813 | Tamsulosinum | Uprox, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990566075 |
| 1814 | Tamsulosinum | Prostamnic, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573257 |
| 1815 | Tamsulosinum | Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990566280 |
| 1816 | Tamsulosinum | Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990586196 |
| 1817 | Tamsulosinum | Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990570690 |
| 1818 | Tamsulosinum | Omnic 0,4, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990716418 |
| 1819 | Tamsulosinum | Tamsudil, Tamsulosinum, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4, mg, 90 szt. (9 blist.po 10) | 90 szt. (9 blist.po 10) | 05909990565962 |
| 1820 | Tamsulosinum | Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909997226293 |
| 1821 | Tamsulosinum | Apo-Tamis, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990900794 |
| 1822 | Tamsulosinum | TamisPras, Tamsulosinum, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990980451 |
| 1823 | Tamsulosinum | Fokusin, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990573585 |
| 1824 | Tamsulosinum | Tamsudil, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909997225937 |
| 1825 | Tamsulosinum | Uprox XR, Tamsulosinum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991191221 |
| 1826 | Tamsulosinum | Fokusin, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990573592 |
| 1827 | Tamsulosinum | Ranlosin, Tamsulosinum, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991092184 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1828 | Telmisartan | Telmix, Telmisartan, tabl., 40, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990974887 |
| 1829 | Telmisartan | Telmix, Telmisartan, tabl., 80, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990974993 |
| 1830 | Telmisartanum | Micardis, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990440726 |
| 1831 | Telmisartanum | Micardis, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 14 szt. | 14 szt. | 05909990440818 |
| 1832 | Telmisartanum | Micardis, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990440825 |
| 1833 | Telmisartanum | Pritor, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990463428 |
| 1834 | Telmisartanum | Pritor, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990463527 |
| 1835 | Telmisartanum | Actelsar, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990891863 |
| 1836 | Telmisartanum | Tolura 40 mg tabletki, Telmisartanum, tabl. powl., 40, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909997077604 |
| 1837 | Telmisartanum | Tolura 80 mg tabletki, Telmisartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909997077673 |
| 1838 | Telmisartanum | Telmizek, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990902095 |
| 1839 | Telmisartanum | Telmizek, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990902002 |
| 1840 | Telmisartanum | Telmix, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990974863 |
| 1841 | Telmisartanum | Telmix, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990974979 |
| 1842 | Telmisartanum | Tezeo, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990818082 |
| 1843 | Telmisartanum | Tezeo, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990818150 |
| 1844 | Telmisartanum | Toptelmi, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990840472 |
| 1845 | Telmisartanum | Toptelmi, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990840557 |
| 1846 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991018436 |
| 1847 | Telmisartanum | Zanacodar, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990941841 |
| 1848 | Telmisartanum | Zanacodar, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990941926 |
| 1849 | Telmisartanum | Tolura, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05909997077628 |
| 1850 | Telmisartanum | Tolura, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05909997077697 |
| 1851 | Telmisartanum | Polsart, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990936670 |
| 1852 | Telmisartanum | Polsart, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990936700 |
| 1853 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, Telmisartanum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991036768 |
| 1854 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, Telmisartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991036867 |
| 1855 | Telmisartanum | Actelsar, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990891832 |
| 1856 | Telmisartanum | Tolura, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909997077703 |
| 1857 | Telmisartanum | Tolura, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909997077635 |
| 1858 | Telmisartanum | Tezeo, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991086633 |
| 1859 | Telmisartanum | Telmisartanum 123ratio / Telmisartanum Teva B.V., Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990821839 |
| 1860 | Telmisartanum | Tezeo, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991086626 |
| 1861 | Telmisartanum | Telmisartanum 123ratio / Telmisartanum Teva B.V., Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990821792 |
| 1862 | Telmisartanum | Telmabax, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991060220 |
| 1863 | Telmisartanum | Telmabax, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991060268 |
| 1864 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, Telmisartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991229801 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1865 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991018429 |
| 1866 | Telmisartanum | Telmizek, Telmisartanum, tabletki, 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991361969 |
| 1867 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, Telmisartanum, tabletki, 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991391720 |
| 1868 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, Telmisartanum, tabletki, 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991391713 |
| 1869 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, Telmisartanum, tabletki, 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991388003 |
| 1870 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, Telmisartanum, tabletki, 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991388034 |
| 1871 | Telmisartanum | Telmisartan Orion, Telmisartanum, tabletki, 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991367374 |
| 1872 | Telmisartanum | Telmisartan Orion, Telmisartanum, tabletki, 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991367329 |
| 1873 | Telmisartanum | Tezeo, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991423551 |
| 1874 | Telmisartanum | Tezeo, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991423568 |
| 1875 | Telmisartanum | Tezeo, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991423575 |
| 1876 | Telmisartanum | Tezeo, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991423582 |
| 1877 | Telmisartanum | Toptelmi, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990840489 |
| 1878 | Telmisartanum | Toptelmi, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990840564 |
| 1879 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, Telmisartanum + Amlodipinum, tabl., 80+5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991338701 |
| 1880 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, Telmisartanum + Amlodipinum, tabl., 80+10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991338787 |
| 1881 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, Telmisartanum + Amlodipinum, tabl., 40+10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991338626 |
| 1882 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, Telmisartanum + Amlodipinum, tabl., 40+5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991338541 |
| 1883 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990644834 |
| 1884 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 14 szt. | 14 szt. | 05909990653010 |
| 1885 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990653027 |
| 1886 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991020026 |
| 1887 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991068325 |
| 1888 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991068424 |
| 1889 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991096045 |
| 1890 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991096069 |
| 1891 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991096076 |
| 1892 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991045265 |
| 1893 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991045746 |
| 1894 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 84 szt. | 84 szt. | 05909991045876 |
| 1895 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991095994 |
| 1896 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991080051 |
| 1897 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991080174 |
| 1898 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991096007 |
| 1899 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991096038 |
| 1900 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991082338 |
| 1901 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991082529 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1902 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991082598 |
| 1903 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991073909 |
| 1904 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991073848 |
| 1905 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991056247 |
| 1906 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991056773 |
| 1907 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991045180 |
| 1908 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991045203 |
| 1909 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991045692 |
| 1910 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991045722 |
| 1911 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991045807 |
| 1912 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991045852 |
| 1913 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991226381 |
| 1914 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991226398 |
| 1915 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991226404 |
| 1916 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991073732 |
| 1917 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991079451 |
| 1918 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991079598 |
| 1919 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991079703 |
| 1920 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991388157 |
| 1921 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991388188 |
| 1922 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991388218 |
| 1923 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991421816 |
| 1924 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. drażowane, 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991081874 |
| 1925 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. drażowane, 40+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991081898 |
| 1926 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. drażowane, 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991081942 |
| 1927 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. drażowane, 80+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991081966 |
| 1928 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. drażowane, 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991082062 |
| 1929 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. drażowane, 80+25, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991082086 |
| 1930 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991410667 |
| 1931 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991418007 |
| 1932 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991417963 |
| 1933 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991417932 |
| 1934 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991330064 |
| 1935 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991330057 |
| 1936 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991330040 |
| 1937 | Terazosinum | Kornam, Terazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484119 |
| 1938 | Terazosinum | Kornam, Terazosinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990484317 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1939 | Terazosinum | Hytrin, Terazosinum, tabl., 2, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767816 |
| 1940 | Terazosinum | Hytrin, Terazosinum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 |
| 1941 | Terazosinum | Hytrin, Terazosinum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990768011 |
| 1942 | Terbinafinum | Erfin, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990621057 |
| 1943 | Terbinafinum | Erfin, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990621064 |
| 1944 | Terbinafinum | Myconafine, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 05909990419036 |
| 1945 | Terbinafinum | Myconafine, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990419050 |
| 1946 | Terbinafinum | Terbisil, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990950515 |
| 1947 | Terbinafinum | Terbinafine Aurobindo, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990955268 |
| 1948 | Terbinafinum | Zelefion, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990645503 |
| 1949 | Terbinafinum | Myconafine, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 14 szt. | 14 szt. | 05909990419043 |
| 1950 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tert-Butylamini Perindoprilum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990653614 |
| 1951 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tert-Butylamini Perindoprilum, tabl., 8, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990653621 |
| 1952 | tert-Butylamini Perindoprilum | Prenessa, tert-Butylamini Perindoprilum, tabl., 8, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990662494 |
| 1953 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990908134 |
| 1954 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990908165 |
| 1955 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8+5, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990908196 |
| 1956 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8+10, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990908240 |
| 1957 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4 mg + 5 mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906414001839 |
| 1958 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4 mg + 5 mg, 60 szt. | 60 szt. | 05906414001846 |
| 1959 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4 mg + 10 mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906414001860 |
| 1960 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4 mg + 10 mg, 60 szt. | 60 szt. | 05906414001877 |
| 1961 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8 mg + 5 mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906414001891 |
| 1962 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8 mg + 5 mg, 60 szt. | 60 szt. | 05906414001907 |
| 1963 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8 mg + 10 mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906414001921 |
| 1964 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8 mg + 10 mg, 60 szt. | 60 szt. | 05906414001938 |
| 1965 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum, tabl., 4+1,25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990641086 |
| 1966 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum, tabl., 4+1,25, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990746569 |
| 1967 | Theophyllinum | Theospirex retard 300 mg, Theophyllinum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990261215 |
| 1968 | Theophyllinum | Euphyllin long, Theophyllinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990450114 |
| 1969 | Theophyllinum | Euphyllin long, Theophyllinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990450213 |
| 1970 | Theophyllinum | Theospirex retard, Theophyllinum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990803910 |
| 1971 | Ticlopidinum | Aclotin, Ticlopidinum, tabl. powl., 0.25, g, 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 05909990334971 |
| 1972 | Ticlopidinum | Apo-Clodin, Ticlopidinum, tabl. powl., 250, mg, 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 05909990646616 |
| 1973 | Ticlopidinum | Aclotin, Ticlopidinum, tabl. powl., 0.25, g, 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 05909990667116 |
| 1974 | Ticlopidinum | Ifapidin, Ticlopidinum, tabl. powl., 250, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990694846 |
| 1975 | Ticlopidinum | Ifapidin, Ticlopidinum, tabl. powl., 250, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990694853 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1976 | Ticlopidinum | Apo-Clodin, Ticlopidinum, tabl. powl., 250, mg, 30 szt. (1 but.po 30 szt.) | 30 szt. (1 but.po 30 szt.) | 05909990938315 |
| 1977 | Timololum | Cusimolol 0,5%, Timololum, krople do oczu, roztwór, 5, mg/ml, 1 but.po 5 ml | 1 but.po 5 ml | 05909990187713 |
| 1978 | Timololum | Oftensin, Timololum, krople do oczu, roztwór, 2.5, mg/ml, 5 ml | 5 ml | 05909990073610 |
| 1979 | Timololum | Oftensin, Timololum, krople do oczu, roztwór, 5, mg/ml, 5 ml | 5 ml | 05909990073719 |
| 1980 | Tiotropii bromidum | Spiriva Respimat, Tiotropii bromidum, roztwór do inhalacji, 2.5, µg/dawkę odmierzoną, 1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat | 1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat | 05909990735839 |
| 1981 | Tiotropii bromidum | Braltus, Tiotropii bromidum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10, µg/dawkę dostarczaną, 30 szt. + 1 inhalator | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 |
| 1982 | Tiotropium | Spiriva, Tiotropium, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18, µg/dawkę inhalacyjną, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990985111 |
| 1983 | Tiotropium | Spiriva, Tiotropium, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18, µg/dawkę inhalacyjną, 30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler) | 05909990985128 |
| 1984 | Tiotropium | Srivasso, Tiotropium, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18, µg/dawkę inhalacyjną, 30 kaps. | 30 kaps. | 05909991253998 |
| 1985 | Tiotropium | Srivasso, Tiotropium, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18, µg/dawkę inhalacyjną, 30 kaps. z inhalatorem | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 |
| 1986 | Tolterodini tartras | Urimper, Tolterodini tartras, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991008642 |
| 1987 | Tolterodini tartras | Urimper, Tolterodini tartras, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991008666 |
| 1988 | Tolterodini tartras | Urimper, Tolterodini tartras, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991008680 |
| 1989 | Tolterodinum | Tolzurin, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991023485 |
| 1990 | Tolterodinum | Tolzurin, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991023522 |
| 1991 | Tolterodinum | Titlodine, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991035235 |
| 1992 | Tolterodinum | Titlodine, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991035549 |
| 1993 | Tolterodinum | Defur, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991055271 |
| 1994 | Tolterodinum | Uroflow 2, Tolterodinum, tabl. powl., 2, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990648641 |
| 1995 | Tolterodinum | Defur, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991139520 |
| 1996 | Tolterodinum | Urimper, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991249045 |
| 1997 | Tolterodinum | Urimper, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991249038 |
| 1998 | Travoprostum | Travatan, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.04, mg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990942619 |
| 1999 | Travoprostum | Travoprost Genoptim, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909991197629 |
| 2000 | Travoprostum | Vizitrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 1 poj.a 2,5 ml | 1 poj.a 2,5 ml | 05909991321949 |
| 2001 | Travoprostum | Vizitrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 3 poj.a 2,5 ml | 3 poj.a 2,5 ml | 05909991321956 |
| 2002 | Travoprostum | Rozatrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 4 but.a 2,5 ml | 4 but.a 2,5 ml | 05900411002554 |
| 2003 | Travoprostum | Rozatrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 3 but.a 2,5 ml | 3 but.a 2,5 ml | 05906414003178 |
| 2004 | Travoprostum | Rozatrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 1 but.a 2,5 ml | 1 but.a 2,5 ml | 05906414003161 |
| 2005 | Travoprostum + Timololum | DuoTrav, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 1 but.po 2,5 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990586172 |
| 2006 | Travoprostum + Timololum | Travoprost+Timolol Genoptim, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 1 but.a 2,5 ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991350420 |
| 2007 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 3 but.a 2,5 ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909991347819 |
| 2008 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 1 but.a 2,5 ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991347802 |
| 2009 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 4 but.a 2,5 ml | 4 but.a 2,5 ml | 05909991347826 |
| 2010 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, Trazodoni hydrochloridum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991094799 |
| 2011 | Trazodonum | Trittico CR, Trazodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990918621 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2012 | Trazodonum | Trittico CR, Trazodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990918720 |
| 2013 | Trazodonum | Trittico CR, Trazodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990715497 |
| 2014 | Umeclidinii bromidum | Incruse Ellipta, Umeclidinii bromidum, proszek do inhalacji, 55, µg, 30 daw. | 30 daw. | 05909991108953 |
| 2015 | Umeclidinii bromidum + Vilanterolum | Anoro Ellipta, Umeclidinii bromidum + Vilanterolum, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22, µg, 1 inhalator po 30 dawek | 1 inhalator po 30 dawek | 05909991108984 |
| 2016 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074945 |
| 2017 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074969 |
| 2018 | Valsartanum | Tensart, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990681877 |
| 2019 | Valsartanum | Tensart, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990682065 |
| 2020 | Valsartanum | Bespres, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751877 |
| 2021 | Valsartanum | Bespres, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751594 |
| 2022 | Valsartanum | Diovan, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990929115 |
| 2023 | Valsartanum | Diovan, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990929214 |
| 2024 | Valsartanum | Diovan, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990929238 |
| 2025 | Valsartanum | Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990831067 |
| 2026 | Valsartanum | Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990830961 |
| 2027 | Valsartanum | Valsacor 80, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990818853 |
| 2028 | Valsartanum | Valsacor 160, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990818983 |
| 2029 | Valsartanum | Avasart, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990773695 |
| 2030 | Valsartanum | Avasart, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990773763 |
| 2031 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 320, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990779147 |
| 2032 | Valsartanum | Vanatex, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990827459 |
| 2033 | Valsartanum | Vanatex, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990827480 |
| 2034 | Valsartanum | Valtap, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990804542 |
| 2035 | Valsartanum | Valtap, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990804580 |
| 2036 | Valsartanum | Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 320, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990831159 |
| 2037 | Valsartanum | Valtap, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991088118 |
| 2038 | Valsartanum | Valtap, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991088101 |
| 2039 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990818860 |
| 2040 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990818990 |
| 2041 | Valsartanum | Valzek, Valsartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991202286 |
| 2042 | Valsartanum | Valzek, Valsartanum, tabl., 160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991202330 |
| 2043 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 320, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991216306 |
| 2044 | Valsartanum | Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990831081 |
| 2045 | Valsartanum | Axudan, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991230395 |
| 2046 | Valsartanum | Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990830985 |
| 2047 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991266387 |
| 2048 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991266455 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2049 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05909991266479 |
| 2050 | Valsartanum | Awalone, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990688739 |
| 2051 | Valsartanum | Awalone, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990688548 |
| 2052 | Valsartanum | Axudan, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991253912 |
| 2053 | Valsartanum | Axudan, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991253226 |
| 2054 | Valsartanum | Valorion, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991299590 |
| 2055 | Valsartanum | Valorion, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991299583 |
| 2056 | Valsartanum | Ivisart, Valsartanum, tabl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990685981 |
| 2057 | Valsartanum | Valsartan Aurovitas, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991345785 |
| 2058 | Valsartanum | Valsartan Aurovitas, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991345815 |
| 2059 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991282455 |
| 2060 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991282608 |
| 2061 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704132 |
| 2062 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704262 |
| 2063 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740246 |
| 2064 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740277 |
| 2065 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740864 |
| 2066 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 320+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990830244 |
| 2067 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990801961 |
| 2068 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990802005 |
| 2069 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909990740192 |
| 2070 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 320+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990847464 |
| 2071 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 320+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990847501 |
| 2072 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740833 |
| 2073 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990829989 |
| 2074 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990830107 |
| 2075 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990829927 |
| 2076 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 320+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990830176 |
| 2077 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990874255 |
| 2078 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990862351 |
| 2079 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990862399 |
| 2080 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990862375 |
| 2081 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Diovan, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909991062927 |
| 2082 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 98 szt. | 98 szt. | 05909990740260 |
| 2083 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 98 szt. | 98 szt. | 05909990740291 |
| 2084 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 98 szt. | 98 szt. | 05909990740239 |
| 2085 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991067557 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2086 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991067564 |
| 2087 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05909990740208 |
| 2088 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05909990740253 |
| 2089 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 56 tabl. | 56 tabl. | 05909990740284 |
| 2090 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990847600 |
| 2091 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990847655 |
| 2092 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990830008 |
| 2093 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990829941 |
| 2094 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909990830138 |
| 2095 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991230234 |
| 2096 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991230333 |
| 2097 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991282028 |
| 2098 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 80+12,5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991135850 |
| 2099 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+25, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991136376 |
| 2100 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+12,5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991136116 |
| 2101 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+25, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991254407 |
| 2102 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+12,5, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991251857 |
| 2103 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+25, mg, 28 tabl. | 28 tabl. | 05909991305949 |
| 2104 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+25, mg, 14 tabl. | 14 tabl. | 05909991305932 |
| 2105 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 320+25, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991325749 |
| 2106 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 80+12,5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991325572 |
| 2107 | Venlafaxinum | Velaxin ER 37,5 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990055982 |
| 2108 | Venlafaxinum | Velaxin ER 75 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990056279 |
| 2109 | Venlafaxinum | Velaxin ER 150 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990056293 |
| 2110 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990047956 |
| 2111 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990047895 |
| 2112 | Venlafaxinum | Venlectine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990040971 |
| 2113 | Venlafaxinum | Venlectine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990040995 |
| 2114 | Venlafaxinum | Efevelon SR, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990715299 |
| 2115 | Venlafaxinum | Efevelon SR, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990715350 |
| 2116 | Venlafaxinum | Efevelon SR, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990715374 |
| 2117 | Venlafaxinum | Faxolet ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990691760 |
| 2118 | Venlafaxinum | Faxolet ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990691883 |
| 2119 | Venlafaxinum | Faxolet ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990691906 |
| 2120 | Venlafaxinum | Axyven, Venlafaxinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660636 |
| 2121 | Venlafaxinum | Axyven, Venlafaxinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660643 |
| 2122 | Venlafaxinum | Axyven, Venlafaxinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660650 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2123 | Venlafaxinum | Venlafaxine Apotex, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990673728 |
| 2124 | Venlafaxinum | Venlafaxine Apotex, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990673766 |
| 2125 | Venlafaxinum | Venlafaxine Apotex, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990673803 |
| 2126 | Venlafaxinum | Efectin ER 75, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990493913 |
| 2127 | Venlafaxinum | Efectin ER 150, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990494019 |
| 2128 | Venlafaxinum | Venlectine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990424672 |
| 2129 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990721498 |
| 2130 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990721504 |
| 2131 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990721528 |
| 2132 | Venlafaxinum | Prefaxine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990727490 |
| 2133 | Venlafaxinum | Prefaxine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990727506 |
| 2134 | Venlafaxinum | Prefaxine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990727520 |
| 2135 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990767601 |
| 2136 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990767625 |
| 2137 | Venlafaxinum | Velafax, Venlafaxinum, tabl., 37.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991093815 |
| 2138 | Venlafaxinum | Velafax, Venlafaxinum, tabl., 37.5, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991093822 |
| 2139 | Venlafaxinum | Velafax, Venlafaxinum, tabl., 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991093914 |
| 2140 | Venlafaxinum | Velafax, Venlafaxinum, tabl., 75, mg, 56 szt. | 56 szt. | 05909991093921 |
| 2141 | Venlafaxinum | Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990795802 |
| 2142 | Venlafaxinum | Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 98 szt. | 98 szt. | 05909990795833 |
| 2143 | Venlafaxinum | Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990795826 |
| 2144 | Venlafaxinum | Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 98 szt. | 98 szt. | 05909990795796 |
| 2145 | Venlafaxinum | Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990795789 |
| 2146 | Venlafaxinum | Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 98 szt. | 98 szt. | 05909990795819 |
| 2147 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990047901 |
| 2148 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991092030 |
| 2149 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991091996 |
| 2150 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991197728 |
| 2151 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991197735 |
| 2152 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, Venlafaxinum, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 kaps. | 28 kaps. | 05909991135096 |
| 2153 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991383978 |
| 2154 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991383886 |
| 2155 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991394400 |
| 2156 | Venlafaxinum | Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991394318 |
| 2157 | Venlafaxinum | Lafactin, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991377168 |
| 2158 | Venlafaxinum | Lafactin, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991377359 |
| 2159 | Venlafaxinum | Lafactin, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991377502 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2160 | Verapamilum | Staveran 40, Verapamilum, tabl. powl., 40, mg, 20 tabl. | 20 tabl. | 05909990045211 |
| 2161 | Verapamilum | Staveran 80, Verapamilum, tabl. powl., 80, mg, 20 tabl. | 20 tabl. | 05909990045310 |
| 2162 | Verapamilum | Staveran 120, Verapamilum, tabl. powl., 120, mg, 20 tabl. | 20 tabl. | 05909990045419 |
| 2163 | Warfarinum | Warfin, Warfarinum, tabl., 3, mg, 100 szt. (1 słoik po 100 szt.) | 100 szt. (1 słoik po 100 szt.) | 05909990622368 |
| 2164 | Warfarinum | Warfin, Warfarinum, tabl., 5, mg, 100 szt. (1 słoik po 100 szt.) | 100 szt. (1 słoik po 100 szt.) | 05909990622382 |

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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.)

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Acidum ursodeoxycholicum | Proursan, Acidum ursodeoxycholicum, kaps., 250, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991203924 |
| 2 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursocam, Acidum ursodeoxycholicum, tabl., 250, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990414741 |
| 3 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursocam, Acidum ursodeoxycholicum, tabl., 250, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909991314675 |
| 4 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursopol, Acidum ursodeoxycholicum, kaps. twarde, 300, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990798223 |
| 5 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursoxyn, Acidum ursodeoxycholicum, kaps. twarde, 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991325770 |
| 6 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursoxyn, Acidum ursodeoxycholicum, kaps. twarde, 250, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991325794 |
| 7 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, Beclometasonum + Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6, µg/dawkę, poj.po 180 daw. | poj.po 180 daw. | 05909990054152 |
| 8 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, Beclometasonum + Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6, µg/dawkę, poj.po 180 daw. | poj.po 180 daw. | 05909991245696 |
| 9 | Budesonidum | Budiair, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 |
| 10 | Budesonidum | Budiair, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 |
| 11 | Budesonidum | Ribuspir, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335183 |
| 12 | Budesonidum | Ribuspir, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335190 |
| 13 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 400, µg/dawkę, 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 |
| 14 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę, 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337323 |
| 15 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę, 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337354 |
| 16 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 |
| 17 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 |
| 18 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 |
| 19 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 daw. | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 |
| 20 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 100 daw. | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 |
| 21 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990926213 |
| 22 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990926312 |
| 23 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer | 05909991033224 |
| 24 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) | 05909991033248 |
| 25 | Budesonidum | Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp. po 2 ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 |
| 26 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 |
| 27 | Budesonidum | Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp. po 2 ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 |
| 28 | Budesonidum | Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 |
| 29 | Budesonidum | Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/2 ml, 20 szt. | 20 szt. | 05909991107925 |
| 30 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909991204082 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 31 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909991203986 |
| 32 | Budesonidum | Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 |
| 33 | Budesonidum | Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 |
| 34 | Budesonidum | Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 |
| 35 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909991223793 |
| 36 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg/dawkę inhalacyjną, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909991223809 |
| 37 | Budesonidum | Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj. 2 ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 |
| 38 | Budesonidum | Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 poj. 2 ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 |
| 39 | Budesonidum | Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 poj. 2 ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002515 |
| 40 | Budesonidum | BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306137 |
| 41 | Budesonidum | BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 |
| 42 | Budesonidum | BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp.po 2 ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 |
| 43 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw. | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 |
| 44 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 60 dawek | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 |
| 45 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 2 inh. po 60 dawek | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 |
| 46 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 80+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 |
| 47 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 |
| 48 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137465 |
| 49 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym | 1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137458 |
| 50 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 05909991137625 |
| 51 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg, 1 inhalator (120 dawek) | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 |
| 52 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg, 1 inhalator (60 dawek) | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 |
| 53 | Carbamazepinum | Amizepin, Carbamazepinum, tabl., 200, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990043910 |
| 54 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990244515 |
| 55 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990244614 |
| 56 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, Carbamazepinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990120116 |
| 57 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, Carbamazepinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990120215 |
| 58 | Carbamazepinum | Tegretol, Carbamazepinum, zawiesina doustna, 20, mg/ml, 100 ml | 100 ml | 05909990341917 |
| 59 | Carbamazepinum | Tegretol, Carbamazepinum, zawiesina doustna, 20, mg/ml, 250 ml | 250 ml | 05909990341924 |
| 60 | Carbamazepinum | Finlepsin, Carbamazepinum, tabl., 200, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991014117 |
| 61 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991014216 |
| 62 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991014223 |
| 63 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991030315 |
| 64 | Ciclesonidum | Alvesco 80, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80, µg, 1 poj. 120 daw. | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 65 | Ciclesonidum | Alvesco 160, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160, µg, 1 poj. 120 daw. | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 |
| 66 | Ciclesonidum | Alvesco 80, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80, µg, 1 poj. 60 daw. | 1 poj. 60 daw. | 05909990218523 |
| 67 | Ciclesonidum | Alvesco 160, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160, µg, 1 poj. 60 daw. | 1 poj. 60 daw. | 05909990218530 |
| 68 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 2500, j.m. (anty-Xa)/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990776412 |
| 69 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 5000, j.m. (anty-Xa)/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990776511 |
| 70 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 7500, j.m. (anty-Xa)/0,3 ml, 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990949410 |
| 71 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 12500, j.m. (anty-Xa)/0,5 ml, 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990949519 |
| 72 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 15000, j.m. (anty-Xa)/0,6 ml, 5 amp.-strz.po 0,6 ml | 5 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990949618 |
| 73 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 18000, j.m. (anty-Xa)/0,72 ml, 5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml | 5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml | 05909990949717 |
| 74 | Dalteparinum natricum | Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 10000, j.m. (anty-Xa)/0,4 ml, 5 amp.-strz.po 0,4 ml | 5 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990958818 |
| 75 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 |
| 76 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 |
| 77 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 |
| 78 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 |
| 79 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 120, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990891429 |
| 80 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 150, mg/1 ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 |
| 81 | Enoxaparinum natricum | Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 |
| 82 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 20, mg/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05906395161010 |
| 83 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 60, mg/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05906395161058 |
| 84 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 80, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05906395161072 |
| 85 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/1 ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05906395161096 |
| 86 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 40, mg/0,4 ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05906395161034 |
| 87 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05906395161126 |
| 88 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150, mg/1 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05906395161164 |
| 89 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/0,2 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991378783 |
| 90 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40, mg/0,4 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991379186 |
| 91 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60, mg/0,6 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991379100 |
| 92 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991378943 |
| 93 | Enoxaparinum natricum | Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100, mg/1 ml, 10 amp.-strz. | 10 amp.-strz. | 05909991379001 |
| 94 | Fenoterolum | Berotec N 100, Fenoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100, µg/dawkę, 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 |
| 95 | Fenoterolum + Ipratropii bromidum | Berodual, Fenoterolum + Ipratropii bromidum, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25, mg/ml, 20 ml | 20 ml | 05909990101917 |
| 96 | Fenoterolum + Ipratropii bromidum | Berodual N, Fenoterolum + Ipratropii bromidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 dawek | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 |
| 97 | Fluticasoni propionas | Flutixon Neb, Fluticasoni propionas, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/2 ml, 10 amp. 2 ml | 10 amp. 2 ml | 05906414003062 |
| 98 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 |
| 99 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 |
| 100 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 |
| 101 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990906918 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 102 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990907014 |
| 103 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990907113 |
| 104 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek) | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 |
| 105 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek) | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 |
| 106 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek) | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 |
| 107 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 |
| 108 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 |
| 109 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05906720534687 |
| 110 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05906720534670 |
| 111 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 |
| 112 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 |
| 113 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę odmierzoną, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 |
| 114 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę odmierzoną, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 |
| 115 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 |
| 116 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 |
| 117 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 |
| 118 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 120 dawek | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403959 |
| 119 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 inhalator 120 dawek | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403966 |
| 120 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 inhalator 120 dawek | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403898 |
| 121 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 |
| 122 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 |
| 123 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 |
| 124 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw. | 60 daw. | 05909990484522 |
| 125 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw. | 60 daw. | 05909990484621 |
| 126 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 250, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw. | 60 daw. | 05909990484720 |
| 127 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 500, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw. | 60 daw. | 05909990484829 |
| 128 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50, µg, 120 daw. | 120 daw. | 05909990851317 |
| 129 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125, µg, 60 daw. | 60 daw. | 05909990851416 |
| 130 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125, µg, 120 daw. | 120 daw. | 05909990851423 |
| 131 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250, µg, 60 daw. | 60 daw. | 05909990851515 |
| 132 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250, µg, 120 daw. | 120 daw. | 05909990851522 |
| 133 | Fluticasonum | Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909990785858 |
| 134 | Fluticasonum | Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909990785889 |
| 135 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/2 ml, 10 poj. (2 sasz.po 5 poj.) | 10 poj. (2 sasz.po 5 poj.) | 05909990956517 |
| 136 | Fluticasonum | Flixotide, Fluticasonum, zawiesina do nebulizacji, 2, mg/2 ml, 10 poj. (2 sasz.po 5 poj.) | 10 poj. (2 sasz.po 5 poj.) | 05909990956616 |
| 137 | Fluticasonum | Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125, µg, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909990938001 |
| 138 | Fluticasonum | Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250, µg, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909990938025 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 139 | Formoteroli fumaras | Foramed, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg/dawkę inhalacyjną, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 05909991109523 |
| 140 | Formoteroli fumaras | Zafiron, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 120 kaps. | 120 kaps. | 05909990937981 |
| 141 | Formoteroli fumaras | Foradil, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 180 szt. | 180 szt. | 07613421020934 |
| 142 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 kaps. | 60 kaps. | 05909990849000 |
| 143 | Formoterolum | Oxis Turbuhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 4.5, µg/dawkę, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 |
| 144 | Formoterolum | Oxis Turbuhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 9, µg/dawkę, 1 inh.po 60 daw. | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 |
| 145 | Formoterolum | Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12, µg, 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 05909990614400 |
| 146 | Formoterolum | Atimos, Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12, µg/dawkę odmierzoną, 1 szt. (1 poj.po 120 daw.) | 1 szt. (1 poj.po 120 daw.) | 05909990620777 |
| 147 | Formoterolum | Zafiron, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.) | 60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.) | 05909990975914 |
| 148 | Formoterolum | Foradil, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990792924 |
| 149 | Formoterolum | Formoterol Easyhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 12, mcg, 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 |
| 150 | Formoterolum | Oxodil PPH, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 120 szt. | 120 szt. | 05909990996681 |
| 151 | Formoterolum | Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12, µg, 120 szt (2 but.po 60 szt.) | 120 szt (2 but.po 60 szt.) | 05909991218287 |
| 152 | Formoterolum | Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12, µg, 180 szt (3 but.po 60 szt.) | 180 szt (3 but.po 60 szt.) | 05909991218294 |
| 153 | Formoterolum | Foramed, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg/dawkę inhalacyjną, 120 szt. | 120 szt. | 05909991086602 |
| 154 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum-SF, Hydrocortisonum, tabl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991218140 |
| 155 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 30 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 |
| 156 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Insuman Comb 25, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990915613 |
| 157 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 40 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990347124 |
| 158 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 50 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 |
| 159 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 2, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 |
| 160 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 3, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 |
| 161 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 4, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 |
| 162 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 5, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 |
| 163 | Insulini injectio neutralis | Actrapid Penfill, Insulini injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 |
| 164 | Insulini injectio neutralis | Insuman Rapid, Insulini injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990914715 |
| 165 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 |
| 166 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, Insulinum aspartum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 |
| 167 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, Insulinum aspartum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 |
| 168 | Insulinum aspartum | Fiasp, Insulinum aspartum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 |
| 169 | Insulinum aspartum | Fiasp, Insulinum aspartum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 1 fiol. a 10 ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 |
| 170 | Insulinum aspartum | NovoRapid, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 |
| 171 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar | 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar | 05909991429171 |
| 172 | Insulinum degludecum | Tresiba, Insulinum degludecum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909991107833 |
| 173 | Insulinum degludecum | Tresiba, Insulinum degludecum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200, j/ml, 3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch) | 3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch) | 05909991107864 |
| 174 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, Insulinum degludecum + Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml Penfill | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 |
| 175 | Insulinum detemirum | Levemir, Insulinum detemirum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 176 | Insulinum glarginum | Lantus, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 5 wkładów po 3 ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 |
| 177 | Insulinum glarginum | Lantus, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 |
| 178 | Insulinum glarginum | Toujeo, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300, j/ml, 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 |
| 179 | Insulinum glarginum | Abasaglar, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 10 wkł.po 3 ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 |
| 180 | Insulinum glulisinum | Apidra, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 |
| 181 | Insulinum glulisinum | Apidra, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j./ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 |
| 182 | Insulinum glulisinum | Apidra SoloStar, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrz.po 3 ml | 5 wstrz.po 3 ml | 05909990617197 |
| 183 | Insulinum humanum | Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672448 |
| 184 | Insulinum humanum | Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672585 |
| 185 | Insulinum humanum | Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672363 |
| 186 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 |
| 187 | Insulinum humanum | Humulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 |
| 188 | Insulinum humanum | Humulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 |
| 189 | Insulinum humanum | Gensulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990852017 |
| 190 | Insulinum humanum | Gensulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 |
| 191 | Insulinum humanum | Gensulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990852314 |
| 192 | Insulinum humanum | Gensulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 |
| 193 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990853014 |
| 194 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 |
| 195 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 |
| 196 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 |
| 197 | Insulinum humanum | Polhumin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 |
| 198 | Insulinum humanum | Polhumin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 |
| 199 | Insulinum isophanum | Insuman Basal, Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990915019 |
| 200 | Insulinum isophanum | Insulatard Penfill, Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 |
| 201 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, Insulinum lisprum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100, j./ml, 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 |
| 202 | Insulinum lisprum | Liprolog, Insulinum lisprum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 10 wkł.po 3 ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 |
| 203 | Insulinum lisprum | Liprolog, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 1 fiol. a 10 ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990005482 |
| 204 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 200, j.m./ml, 5 wstrzyk. po 3 ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 |
| 205 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 5 wstrzyk. po 3 ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 |
| 206 | Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog Mix25, Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 |
| 207 | Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog Mix50, Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 |
| 208 | Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog, Insulinum lisprum, injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 |
| 209 | Ipratropii bromidum | Atrovent, Ipratropii bromidum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250, µg/ml, 1 but.po 20 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 210 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, Ipratropii bromidum, aerozol wziewny, roztwór, 20, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 |
| 211 | Ipratropii bromidum | Atrodil, Ipratropii bromidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20, µg, 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 |
| 212 | Lamotriginum | Epitrigine 50 mg tabletki, Lamotriginum, tabl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990334759 |
| 213 | Lamotriginum | Epitrigine 100 mg tabletki, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990334766 |
| 214 | Lamotriginum | Lamilept, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990038480 |
| 215 | Lamotriginum | Lamilept, Lamotriginum, tabl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990038565 |
| 216 | Lamotriginum | Lamilept, Lamotriginum, tabl., 25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990038701 |
| 217 | Lamotriginum | Lamotrix, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991006617 |
| 218 | Lamotriginum | Lamotrix, Lamotriginum, tabl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991006419 |
| 219 | Lamotriginum | Lamotrix, Lamotriginum, tabl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991006518 |
| 220 | Lamotriginum | Lamitrin, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990346318 |
| 221 | Lamotriginum | Lamitrin, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909990346325 |
| 222 | Lamotriginum | Lamitrin S, Lamotriginum, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990787210 |
| 223 | Lamotriginum | Lamitrin S, Lamotriginum, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990787319 |
| 224 | Lamotriginum | Lamotrix, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 90 szt. | 90 szt. | 05909990961092 |
| 225 | Lamotriginum | Symla, Lamotriginum, tabl., 25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991138349 |
| 226 | Lamotriginum | Lamotrigine Farmax, Lamotriginum, tabletki, 100, mg, 30 tabl. | 30 tabl. | 05909991311773 |
| 227 | Lamotriginum | Symla, Lamotriginum, tabl., 25, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990972418 |
| 228 | Lamotriginum | Symla, Lamotriginum, tabl., 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990972517 |
| 229 | Lamotriginum | Symla, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990972616 |
| 230 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990006649 |
| 231 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990006670 |
| 232 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, roztwór do stosowania doustnego, 100, mg/ml, 300 ml | 300 ml | 05909990006755 |
| 233 | Levetiracetamum | Normeg, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990998302 |
| 234 | Levetiracetamum | Normeg, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990998258 |
| 235 | Levetiracetamum | Normeg, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990998135 |
| 236 | Levetiracetamum | Normeg, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990998180 |
| 237 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990901111 |
| 238 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990901128 |
| 239 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990901210 |
| 240 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990901227 |
| 241 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990901319 |
| 242 | Levetiracetamum | Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990901326 |
| 243 | Levetiracetamum | Vetira, Levetiracetamum, roztwór doustny , 100, mg/ml, 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909990935901 |
| 244 | Levetiracetamum | Vetira, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990936250 |
| 245 | Levetiracetamum | Vetira, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990936151 |
| 246 | Levetiracetamum | Vetira, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990936052 |

| 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 | Vetira, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990935956 |
| 248 | Levetiracetamum | Cezarius, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990928231 |
| 249 | Levetiracetamum | Cezarius, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990928200 |
| 250 | Levetiracetamum | Cezarius, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990928248 |
| 251 | Levetiracetamum | Cezarius, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990928224 |
| 252 | Levetiracetamum | Cezarius, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 300 ml | 300 ml | 05909990928149 |
| 253 | Levetiracetamum | Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990925940 |
| 254 | Levetiracetamum | Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990925926 |
| 255 | Levetiracetamum | Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990925872 |
| 256 | Levetiracetamum | Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990925889 |
| 257 | Levetiracetamum | Trund, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem | 1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem | 05909990925841 |
| 258 | Levetiracetamum | Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990925957 |
| 259 | Levetiracetamum | Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990925858 |
| 260 | Levetiracetamum | Vetira, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 150 ml | 150 ml | 05909990935895 |
| 261 | Levetiracetamum | Levebon, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990989379 |
| 262 | Levetiracetamum | Levebon, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990989805 |
| 263 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 300 ml (but.) | 300 ml (but.) | 05909990958672 |
| 264 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990958726 |
| 265 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990958764 |
| 266 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990958986 |
| 267 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990959037 |
| 268 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990958856 |
| 269 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990958894 |
| 270 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990959129 |
| 271 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990959167 |
| 272 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990921492 |
| 273 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990921577 |
| 274 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990921591 |
| 275 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990921652 |
| 276 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990921737 |
| 277 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990921751 |
| 278 | Levetiracetamum | Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991031497 |
| 279 | Levetiracetamum | Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991031602 |
| 280 | Levetiracetamum | Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991031640 |
| 281 | Levetiracetamum | Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991031886 |
| 282 | Levetiracetamum | Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991031992 |
| 283 | Levetiracetamum | Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909991032043 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 284 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabletki powlekane, 750, mg, 100 tabl. | 100 tabl. | 05909990921676 |
| 285 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabletki powlekane, 250, mg, 100 tabl. | 100 tabl. | 05909990921522 |
| 286 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990971305 |
| 287 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990971183 |
| 288 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990971060 |
| 289 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990970957 |
| 290 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991361372 |
| 291 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991374501 |
| 292 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml | 1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml | 05909991374518 |
| 293 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990168910 |
| 294 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990374014 |
| 295 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 137, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990719037 |
| 296 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 88, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990718986 |
| 297 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 112, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909990719006 |
| 298 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990820610 |
| 299 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, Levothyroxinum natricum, tabl., 25, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051112 |
| 300 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, Levothyroxinum natricum, tabl., 25, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051129 |
| 301 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051211 |
| 302 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051228 |
| 303 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051310 |
| 304 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051327 |
| 305 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051419 |
| 306 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051426 |
| 307 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051518 |
| 308 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051525 |
| 309 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051617 |
| 310 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 05909991051624 |
| 311 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, Levothyroxinum natricum, tabl., 175, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051716 |
| 312 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, Levothyroxinum natricum, tabl., 200, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 05909991051815 |
| 313 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991107260 |
| 314 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991107307 |
| 315 | Methylprednisolonum | Depo-Medrol, Methylprednisolonum, zawiesina do wstrzykiwań, 40, mg/ml, 1 fiol.po 1 ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990154814 |
| 316 | Methylprednisolonum | Metypred, Methylprednisolonum, tabl., 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990316519 |
| 317 | Methylprednisolonum | Metypred, Methylprednisolonum, tabl., 16, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990316618 |
| 318 | Methylprednisolonum | Medrol, Methylprednisolonum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990683123 |
| 319 | Methylprednisolonum | Medrol, Methylprednisolonum, tabl., 16, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990683215 |
| 320 | Methylprednisolonum | Meprelon, Methylprednisolonum, tabl., 4, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990834501 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 321 | Methylprednisolonum | Meprelon, Methylprednisolonum, tabl., 16, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990835539 |
| 322 | Methylprednisolonum | Meprelon, Methylprednisolonum, tabl., 8, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990834464 |
| 323 | Methylprednisolonum + Lidocainum | Depo-Medrol z Lidokainą, Methylprednisolonum + Lidocainum, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10, mg/ml, 1 fiol.po 1 ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990236312 |
| 324 | Metoprololi tartras | Metocard, Metoprololi tartras, tabl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990034420 |
| 325 | Metoprololum | Metocard, Metoprololum, tabl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990034529 |
| 326 | Mometasonum | Asmanex Twisthaler, Mometasonum, proszek do inhalacji, 400, µg/dawkę, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909991106638 |
| 327 | Montelukastum | Milukante, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990668120 |
| 328 | Montelukastum | Milukante, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990668137 |
| 329 | Montelukastum | Milukante, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990668144 |
| 330 | Montelukastum | Monkasta, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990662647 |
| 331 | Montelukastum | Monkasta, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990662685 |
| 332 | Montelukastum | Monkasta, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990671243 |
| 333 | Montelukastum | Astmodil, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990881772 |
| 334 | Montelukastum | Astmodil, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990881758 |
| 335 | Montelukastum | Astmodil, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990881734 |
| 336 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990803743 |
| 337 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990803767 |
| 338 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990780266 |
| 339 | Montelukastum | Promonta, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990671052 |
| 340 | Montelukastum | Promonta, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990671076 |
| 341 | Montelukastum | Promonta, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990671090 |
| 342 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990871650 |
| 343 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990871766 |
| 344 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990871858 |
| 345 | Montelukastum | Romilast, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991007263 |
| 346 | Montelukastum | Romilast, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991007270 |
| 347 | Montelukastum | Romilast, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991007300 |
| 348 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05907626703481 |
| 349 | Montelukastum | Orilukast, Montelukastum, tabl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990893294 |
| 350 | Montelukastum | Orilukast, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990893188 |
| 351 | Montelukastum | Asmenol, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990670758 |
| 352 | Montelukastum | Orilukast, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909990893263 |
| 353 | Montelukastum | Montelukast Medreg, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. | 28 szt. | 05909991329235 |
| 354 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 9500, j.m. Axa/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990075829 |
| 355 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 2850, j.m. Axa/0,3 ml, 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 |
| 356 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 5700, j.m. Axa/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 |
| 357 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 3800, j.m. Axa/0,4 ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 358 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 7600, j.m. Axa/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 |
| 359 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 11400, j.m. Axa/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 |
| 360 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 15200, j.m. AXa/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 |
| 361 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 19000, j.m. Axa/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990837137 |
| 362 | Oxcarbazepinum | Trileptal, Oxcarbazepinum, zawiesina doustna, 60, mg/ml, 250 ml | 250 ml | 05909990747115 |
| 363 | Oxcarbazepinum | Trileptal, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 300, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990825615 |
| 364 | Oxcarbazepinum | Trileptal, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 600, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990825714 |
| 365 | Oxcarbazepinum | Karbagen, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 150, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990048809 |
| 366 | Oxcarbazepinum | Karbagen, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 300, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990048823 |
| 367 | Oxcarbazepinum | Karbagen, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 600, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909990048854 |
| 368 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, Oxcarbazepinum, tabl., 300, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991057480 |
| 369 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, Oxcarbazepinum, tabl., 600, mg, 50 szt. | 50 szt. | 05909991057497 |
| 370 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 150, mg, 50 tabl. | 50 tabl. | 05909991303518 |
| 371 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 300, mg, 50 tabl. | 50 tabl. | 05909991300661 |
| 372 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 600, mg, 50 tabl. | 50 tabl. | 05909991300739 |
| 373 | Prednisolonum | Predasol, Prednisolonum, tabletki, 20, mg, 20 tabl. | 20 tabl. | 05909991356712 |
| 374 | Prednisolonum | Encortolon, Prednisolonum, tabl., 5, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05904374007946 |
| 375 | Prednisonum | Encorton, Prednisonum, tabl., 1, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990170616 |
| 376 | Prednisonum | Encorton, Prednisonum, tabl., 10, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990405312 |
| 377 | Prednisonum | Encorton, Prednisonum, tabl., 20, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990405411 |
| 378 | Prednisonum | Encorton, Prednisonum, tabl., 5, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909990641185 |
| 379 | Prednisonum | Encorton, Prednisonum, tabl., 5, mg, 100 szt. | 100 szt. | 05909990641192 |
| 380 | Prednisonum | Encorton, Prednisonum, tabl., 1, mg, 20 szt. | 20 szt. | 05909991289416 |
| 381 | Progesteronum | Luteina, Progesteronum, tabl. dopochwowe, 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909990569380 |
| 382 | Progesteronum | Luteina, Progesteronum, tabl. dopochwowe, 100, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991076207 |
| 383 | Progesteronum | Luteina, Progesteronum, tabl. dopochwowe, 100, mg, 60 szt. | 60 szt. | 05909991103231 |
| 384 | Progesteronum | Luteina, Progesteronum, tabl. dopochwowe, 200, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05909991076238 |
| 385 | Progesteronum | Luteina 50, Progesteronum, tabl. podjęzykowe, 50, mg, 30 szt. | 30 szt. | 05906414002355 |
| 386 | Salbutamolum | Salbutamol Hasco, Salbutamolum, syrop, 2, mg/5 ml, 1 but.po 100 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990317516 |
| 387 | Salbutamolum | Ventolin, Salbutamolum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 1, mg/ml, 20 amp.po 2,5 ml | 20 amp.po 2,5 ml | 05909990454013 |
| 388 | Salbutamolum | Ventolin, Salbutamolum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 2, mg/ml, 20 amp.po 2,5 ml | 20 amp.po 2,5 ml | 05909990454112 |
| 389 | Salbutamolum | Ventolin, Salbutamolum, aerozol wziewny, zawiesina, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 daw. | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 |
| 390 | Salbutamolum | Sabumalin, Salbutamolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100, µg/dawkę, 1 poj.po 8,5 g (200 daw.) | 1 poj.po 8,5 g (200 daw.) | 05909990764150 |
| 391 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, Salbutamolum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę, 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991106928 |
| 392 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, Salbutamolum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę, 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991107826 |
| 393 | Salbutamolum | Aspulmo, Salbutamolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100, µg/dawkę, 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 |
| 394 | Salmeterolum | Serevent Dysk, Salmeterolum, proszek do inhalacji, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw. | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 |

| 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 | Serevent, Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 |
| 396 | Salmeterolum | Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 05909991109424 |
| 397 | Salmeterolum | Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator | 05909991109431 |
| 398 | Salmeterolum | Pulveril, Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25, µg/dawkę, 120 dawek | 120 dawek | 05909990867653 |
| 399 | Salmeterolum | Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50, µg, 120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator) | 120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator) | 05909991206390 |